

01.11.24

G

Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 194. Sitzung am 17. Oktober 2024 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichtes des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 20/13407 – den von der Bundesregierung eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)
– Drucksachen 20/11854, 20/12894 –

unter Berücksichtigung einer Berichtigung in beigefügter Fassung angenommen.

Fristablauf: 22.11.24

Erster Durchgang: Drs. 235/24

**Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur
Reform der Vergütungsstrukturen
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)**

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 254) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 39e wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

„(1) Versicherte haben im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung für längstens zehn Tage Anspruch auf Übergangspflege

1. in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung oder
2. an einem anderen Standort eines Krankenhauses, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung in diesem Krankenhaus erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können.

(2) Die Übergangspflege umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Nähere zur Dokumentation nach Satz 2. Kommt die Vereinbarung nach Satz 3 nicht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt der Vereinbarung fest.“

b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

- 1a. In § 92a Absatz 2 Satz 4 werden nach den Wörtern „des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ein Komma und die Wörter „zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit,“ eingefügt.
- 1b. In § 92b Absatz 2 Satz 3 werden nach den Wörtern „Die Schwerpunkte“ die Wörter „zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit und“ eingefügt und werden nach den Wörtern „von Leitlinien nach § 92a Absatz 2 Satz 4“ die Wörter „zweite Alternative“ gestrichen.
- 1c. In § 107 Absatz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „stehen“ ein Komma und die Wörter „pflegefachlich unter ständiger pflegefachlicher Leitung stehen“ und nach dem Wort „diagnostische“ ein Komma und das Wort „pflegefachliche“ eingefügt.
- 1d. § 108 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 2 wird das Wort „oder“ gestrichen.
 - b) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma und das Wort „oder“ ersetzt.

c) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. Bundeswehrkrankenhäuser, soweit sie durch das Bundesministerium der Verteidigung im Einvernehmen mit der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dazu bestimmt wurden; bis zu dieser Bestimmung gelten die Bundeswehrkrankenhäuser als dazu bestimmt, soweit sie am 1. Januar 2024 durch die Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes oder durch den Abschluss eines Versorgungsvertrags mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zugelassen waren.“

2. § 109 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Krankenhausbedarfsplan nach § 8 Abs. 1 Satz 2“ durch die Wörter „Krankenhausplan nach § 8 Absatz 1 Satz 3“ ersetzt und werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ die Wörter „und bei den Bundeswehrkrankenhäusern die in § 108 Nummer 4 genannte Bestimmung“ eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Berücksichtigung“ die Wörter „der Erfüllung der in der Tabellenzeile „Auswahlkriterium“ der Anlage 1 für die jeweilige in dem Versorgungsvertrag zu vereinbarende Leistungsgruppe genannten Qualitätskriterien sowie“ eingefügt.

c) Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. an dem Krankenhausstandort, für den bestimmte Leistungsgruppen vereinbart werden sollen, die für diese Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, oder“.

d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die in Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 genannte Erfüllung von Qualitätskriterien ist durch das Krankenhaus vor Abschluss eines Versorgungsvertrags gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachzuweisen. Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, dessen Übermittlung nach § 275a Absatz 4 Satz 1 an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu dem Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsvertrags nicht länger als zwei Jahre und ab dem dritten Nachweis nicht länger als drei Jahre zurückliegt. Bis zu dem Zeitpunkt der in Satz 2 genannten Übermittlung kann der in Satz 1 genannte Nachweis durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses erbracht werden, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beauftragt wurde. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 darf ein Versorgungsvertrag abgeschlossen werden, obwohl das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort, für den bestimmte Leistungsgruppen in dem Versorgungsvertrag vereinbart werden sollen, die für diese Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 ausgeschlossen ist. Der Abschluss eines Versorgungsvertrags ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderer Krankenhausstandort, für den die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen ist, für einen erheblichen Teil der Einwohner des Einzugsbereichs des Krankenhausstandorts, für den die Leistungsgruppe vereinbart werden soll, nicht innerhalb der jeweiligen in § 6a Absatz 4 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Der Versorgungsvertrag ist im Fall des Satzes 4 auf höchstens drei Jahre zu befristen; in dem Versorgungsvertrag ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen. Wenn der jeweilige Krankenhausstandort zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsvertrags in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann der Versorgungsvertrag abweichend von Satz 6 unbefristet abgeschlossen werden; in dem Versorgungsvertrag ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen.“

- e) Dem Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die von den Krankenhäusern erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen sind von den Krankenkassen innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder der Übersendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus.“

3. § 110 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nur gemeinsam und nur

1. aus den in § 109 Absatz 3 Satz 1 genannten Gründen oder
2. wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 über die Prüfung der Erfüllung der für die vereinbarten Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen länger als zwei Jahre oder, sofern die Erfüllung der Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen wurde, länger als drei Jahre zurückliegt, es sei denn, dass das Krankenhaus den Nachweis über die in § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 genannte Erfüllung dieser Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung erbringt und der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beauftragt wurde.“

- b) In Satz 2 werden vor der Angabe „§ 109“ die Wörter „Satz 1 Nummer 2 oder“ eingefügt.

- c) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Satz 2 ist nicht anzuwenden,

1. wenn der Versorgungsvertrag in dem in § 109 Absatz 3a Satz 4 genannten Fall nach § 109 Absatz 3a Satz 6 befristet abgeschlossen wurde und die Frist noch nicht abgelaufen ist,
2. wenn der Versorgungsvertrag in dem in § 109 Absatz 3a Satz 4 genannten Fall nach § 109 Absatz 3a Satz 7 unbefristet abgeschlossen wurde und der jeweilige Krankenhausstandort weiterhin in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist oder
3. wenn das Krankenhaus unverzüglich eine nach § 275a Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 erforderliche Mitteilung gemacht hat, seit dieser Mitteilung nicht mehr als drei Monate vergangen sind und den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Ersatzkassen Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Dauer der von dieser Mitteilung erfassten Nichterfüllung von Qualitätskriterien sechs Monate nicht überschreiten wird.“

- 3a. § 115f wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden das Semikolon und das Wort „Verordnungsermächtigung“ gestrichen.

- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

- aaa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „bis zum 31. März 2023“ gestrichen.
- bbb) In Nummer 1 werden nach dem Wort „stationär“ die Wörter „mit Übernachtung“ eingefügt.
- ccc) In Nummer 2 wird nach dem Wort „Vergütung“ das Wort „ausschließlich“ eingefügt.

- bb) Satz 6 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Krankenkassen übermitteln über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannten Institut auf dessen Anforderung innerhalb von zwei Wochen die zum Zeitpunkt der Anforderung für das letzte Abrechnungsjahr, für das die Fallzahlen und Vergütungen

vollständig vorliegen, verfügbaren Fallzahlen und Vergütungen unter Angabe der Sachkosten der nach § 115b Absatz 2 Satz 4 von ihnen vergüteten Leistungen sowie die Höhe der nach dem jeweiligen nach § 83 geschlossenen Gesamtvertrag vergüteten Sachkosten bezogen auf die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgewählten Leistungen, aufgeschlüsselt nach den Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels. Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 beauftragen das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemeinsam bis zum 15. Mai eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. Mai 2025, einen Vorschlag für die Kalkulation der Vergütung differenziert nach dem Schweregrad der Fälle zu erarbeiten. In den Vorschlägen ist eine schrittweise Anpassung der Vergütungen vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird. Auf der Grundlage des Vorschlags schließen die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 30. Juni eines jeden Kalenderjahres mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres.“

c) Absatz 2 wird durch die folgenden Absätze 1a und 2 ersetzt:

„(1a) Spätestens in der bis zum 30. Juni 2030 zu schließenden Vereinbarung sind die nach Absatz 1 Satz 2 zu kalkulierenden Fallpauschalen auf Grundlage fallbezogener empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs festzulegen. Danach sind sie jährlich auf der Grundlage der jeweiligen in Satz 1 genannten Kostendaten zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 30. April 2025, einen Vorschlag für ein Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 zu erarbeiten. Auf der Grundlage dieses Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien bis zum 31. Dezember 2025 das Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 und legen dieses Konzept dem Bundesministerium für Gesundheit vor.

(2) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 haben die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 jährlich zu überprüfen und, sofern zur Einhaltung der Vorgaben nach Satz 2 erforderlich, bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, auf Grundlage des nach Satz 3 beauftragten Vorschlags mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres anzupassen. Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die gemäß § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhausfällen ohne Berücksichtigung der Krankenhausfälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million, ab dem Jahr 2028 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 15. Februar eines jeden Kalenderjahres, die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl vorzulegen. Bei der Überprüfung und Anpassung nach Satz 1 können auch Leistungen ausgewählt werden, die nicht in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannt sind. Leistungen für Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Leistungen für Menschen mit Behinderungen sollen nicht ausgewählt werden.“

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In den Sätzen 1 und 3 werden die Wörter „Rechtsverordnung nach Absatz 4“ jeweils durch die Wörter „Entscheidung nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5“ ersetzt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke ist von den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der nach § 87a Absatz 5 Satz 7 beschlossenen Vorgaben des Bewertungsausschusses in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der Fallpauschale nach Absatz 1 Satz 2 sind.“

e) Die Absätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

„(4) Kommt eine Beauftragung nach Absatz 1 Satz 7, Absatz 1a Satz 3, Absatz 2 Satz 3 oder Absatz 5 Satz 1 nicht fristgerecht zustande, erfolgt die jeweilige Beauftragung durch das Bundes-

ministerium für Gesundheit. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 9 oder Absatz 1a Satz 4 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, setzt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 den Inhalt der jeweiligen Vereinbarung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von vier Wochen fest; § 87 Absatz 5a Satz 6 und 7 gilt entsprechend. Zur Vorbereitung der Festsetzungen nach Satz 2 sind das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, dem Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten; die in § 115b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Kosten der Zuarbeit zu gleichen Teilen zu tragen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. kann an Verhandlungen der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 und Sitzungen des Bewertungsausschusses in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 beratend teilnehmen. Setzt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 den Inhalt der jeweiligen Vereinbarung ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht fest, ist das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, diesen festzulegen. Zur Vorbereitung einer Festlegung nach Satz 5 sind die einzelnen in § 115b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien, der Bewertungsausschuss für die in § 87 Absatz 1 Satz 1 genannten ärztlichen Leistungen, der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 1, das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten; die in § 115b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Kosten der Zuarbeit der Institute zu gleichen Teilen zu tragen.

(5) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien beauftragen bis zum 30. April 2025 das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der regelmäßigen Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten. Ein entsprechender Evaluationsbericht der Institute ist dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von jeweils 18 Monaten, erstmals zum 30. Juni 2026, vorzulegen.“

4. Nach § 115f wird folgender § 115g eingefügt:

„§ 115g

Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

(1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Standorte von Krankenhäusern, die nach § 6c Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind und die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten stationären Leistungen erbringen. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können über die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten stationären Leistungen hinaus folgende Leistungen erbringen:

1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
2. ambulantes Operieren nach § 115b sowie sonstige ambulante Leistungen, die nach diesem Buch von zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden können,
3. die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten stationären Leistungen und, wenn die jeweilige sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 vereinbarten stationären Leistungen,
4. Übergangspflege nach § 39e,
5. Kurzzeitpflege nach § 39c.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen haben die jeweiligen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten Anforderungen zu erfüllen. Die in Satz 1 und Satz 2 genannten stationären Leistungen können auch belegärztlich erbracht werden. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können die in Satz 2

Nummer 4 und 5 genannten Leistungen unter pflegerischer Leitung erbringen, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind. Nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 vereinbarte stationäre Leistungen und in Satz 2 Nummer 1, 2 und 4 sowie in Absatz 2 genannte Leistungen können auch von Standorten von Krankenhäusern erbracht werden, die keine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung sind.

(2) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zusätzlich Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind, erbringen.

(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung,

1. welche stationären Leistungen der Inneren Medizin und der Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens erbringen müssen,
2. welche weiteren stationären Leistungen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen können,
3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung über die nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten stationären Leistungen hinaus erbringen kann, wenn sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, und
4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der nach den Nummern 1 bis 3 vereinbarten stationären Leistungen und an die in Nummer 3 genannte Kooperation gestellt werden und wie diese aufwandsarm geprüft werden.

Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Vereinbarung nach Satz 1 oder die Festlegung nach Satz 3 im Abstand von jeweils höchstens zwei Jahren, erstmals zwei Jahre nach ihrem Abschluss oder der ersten Festlegung, an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 60. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Pflegekassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen in anonymisierter Form zu übermitteln.“

5. § 116a wird wie folgt gefasst:

„§ 116a

Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

(1) Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.

(2) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf deren Antrag zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen.

(3) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sowie Krankenhäuser, soweit ihre Standorte in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen sind, auf deren Antrag zur jeweiligen fachärztlichen Versorgung ermächtigen, wenn

1. im Zeitpunkt der Antragstellung in dem Planungsbereich für die jeweilige Arztgruppe der fachärztlichen Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind und
2. in einem Zeitraum von neun Monaten ab Antragstellung in dem Planungsbereich für die jeweilige Arztgruppe der fachärztlichen Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet werden.

Der Zulassungsausschuss informiert die zuständige Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich über den Antrag einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung oder eines Krankenhauses, dessen Standort in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, auf Erteilung einer Ermächtigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung. Die Ermächtigung ist zu entziehen, wenn der Landesausschuss in dem Planungsbereich für die betreffende Arztgruppe eine Zulassungsbeschränkung anordnet.“

5a. Nach § 117 wird folgender § 117a eingefügt:

„§ 117a

Bundeswehrambulanzen

Bundeswehrkrankenhäuser sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten in dem für die Aufgabenwahrnehmung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr erforderlichen Umfang ermächtigt.“

5b. Nach § 118a wird folgender § 118b eingefügt:

„§ 118b

Pädiatrische Institutsambulanzen

Pädiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit selbständigen pädiatrischen Fachabteilungen sind zur ambulanten kinder- und jugendärztlichen Behandlung von versicherten Kindern und Jugendlichen, die auf Grund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen, ermächtigt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft

1. die Gruppe derjenigen pädiatrischen Patienten, die nach Satz 1 auf Grund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen,
2. sächliche und personelle Voraussetzungen der Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung.

Kommt die Vereinbarung bis zum ... [einsetzen: erster Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten nach Artikel 7] nicht zustande, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a Absatz 2 den Inhalt der Vereinbarung fest.“

5c. In § 120 Absatz 1a Satz 1 werden das Komma und die Wörter „die auf Überweisung erfolgt,“ gestrichen.

6. § 121 Absatz 6 Satz 2 und 3 wird aufgehoben.

7. § 135d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 2 werden die Wörter „übermittelten Daten“ durch die Wörter „übermittelten Auswertungen und der nach § 40 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Liste“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 werden die Wörter „übermittelten Daten“ durch die Wörter „übermittelten Auswertungen und der nach § 40 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Liste“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und auf Grundlage dieser Auswertungen neue risikoadjustierte Qualitätsindikatoren zu Sterblichkeit und periprozeduralen Komplikationen entwickeln; ferner kann das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen patientenrelevante Prozesse als Qualitätsindikator darstellen“ eingefügt.
- cc) In Satz 6 werden die Wörter „übermittelten Daten“ durch die Wörter „übermittelten Auswertungen und die nach § 40 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelte Liste“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

- aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „bis zum 30. September 2024 differenziert nach Fachabteilungen und ab dem 1. Oktober 2024 differenziert nach den in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen“ durch die Wörter „differenziert nach den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Leistungsgruppen“ ersetzt.
- bbb) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
- ccc) Die folgenden Nummern 8 und 9 werden angefügt:
 - „8. die dem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen einschließlich der nach § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen und die für einen Krankenhausstandort nach § 109 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten Leistungsgruppen einschließlich der nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 vereinbarten Leistungsgruppen sowie die Erfüllung oder Nichterfüllung der jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien; § 135e Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend,
 - 9. die Ausweisung in der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste.“

- bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist“ durch die Wörter „§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

cc) Satz 8 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

- „1. der Gemeinsame Bundesausschuss die in § 136b Absatz 5 Satz 7 genannten Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen und die Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden nach § 136b Absatz 5a über die Nichtanwendung von § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie“.

- bbb) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Krankenhäuser“ die Wörter „bis zum 30. Juni 2025“ eingefügt.

- c) In Absatz 4 Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „wenn sie mindestens 80 Prozent der im vorhergehenden Kalenderjahr von ihnen abgerechneten Fälle in höchstens vier der in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen abzüglich der Fälle der in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie erbracht haben; die Fälle der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie bleiben bei der Bestimmung der Gesamtzahl der abgerechneten Fälle außer Betracht; die in Anlage 1 Nummer 10 bis 13 genannten Leistungsgruppen EPU/Ablation, Interventionelle Kardiologie, Kardiale Devices und Minimale Herzklappenintervention werden als eine Leistungsgruppe gezählt“ eingefügt.
8. Nach § 135d werden die folgenden §§ 135e und 135f eingefügt:

„§ 135e

Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

1. von der Krankenhausbehandlung umfasste Leistungen in Leistungsgruppen einzuteilen,
2. für jede nach Nummer 1 festgelegte Leistungsgruppe Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungen beinhalten, in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:
 - a) Erbringung verwandter Leistungsgruppen,
 - b) sachliche Ausstattung,
 - c) personelle Ausstattung und
 - d) sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen,
3. Regelungen zur Zulässigkeit der Erfüllung der nach Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden, insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder mit anderen Krankenhäusern, zu treffen,
4. Regelungen darüber zu treffen, für welche Leistungsgruppen die Zuweisung in dem in § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Fall oder der Abschluss eines Versorgungsvertrags in dem in § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 genannten Fall ausgeschlossen ist.

Die nach Satz 1 Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen. Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen.

(2) Erbringen Krankenhäuser mindestens eine Leistung aus einer Leistungsgruppe, haben sie die für diese Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien am jeweiligen Krankenhausstandort zu erfüllen; § 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bestimmen sich nach den Regelungen der Rechtsverordnung nach Absatz 1; bis zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung bestimmen sie sich nach Absatz 4.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 beschließt. Weicht das Bundesministerium für Gesundheit beim Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 1 von den Empfehlungen des Ausschusses ab, hat es dem Ausschuss die Gründe für die Abweichung vor Erlass der Rechtsverordnung darzulegen. Der Ausschuss wird durch das Bundesministerium für Gesundheit und die obersten Landesgesundheitsbehörden gemeinsam geleitet. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder eine oberste Landesgesundheitsbehörde über die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 beraten möchte, kann der Ausschuss hierzu zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einholen. Der Ausschuss kann empfehlen, dass das Bundesministerium für Gesundheit das

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beauftragt, Leistungen zur Unterstützung seiner Tätigkeit zu erbringen. Der Ausschuss besteht in gleicher Zahl aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits. Die Patientenorganisationen nach § 140f und der Medizinische Dienst Bund können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. Der Ausschuss kann sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen. Vor einer Beschlussfassung nach Satz 1 ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die jeweilige Beschlussfassung einzubeziehen. Der Ausschuss berücksichtigt die gemäß § 136a Absatz 7 getroffenen Festlegungen im Rahmen seiner Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1. Der Ausschuss legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung des Ausschusses in einer Geschäftsordnung fest. Die Geschäftsordnung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Wird die Geschäftsordnung nicht bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des vierten auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens nach Artikel 7 übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] festgelegt, legt das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsordnung fest. Zur Koordinierung der Tätigkeit des Ausschusses wird eine Geschäftsstelle beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtet. Der personelle und sachliche Bedarf der Geschäftsstelle wird auf Vorschlag des Ausschusses vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bestimmt und ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Haushalt einzustellen.

(4) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind maßgeblich im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Maßgabe der nachfolgenden Sätze. Hinsichtlich der Erfüllung der für eine Leistungsgruppe in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gilt,

1. dass hinsichtlich der im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ in der Spalte „Standort“ genannten Leistungsgruppen die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien ebenfalls erfüllt sein müssen,
2. dass, sofern in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ zwischen der Behandlung von Erwachsenen und der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterschieden wird, sich die zu erfüllenden Qualitätskriterien jeweils danach bestimmen, ob nur Erwachsene, nur Kinder und Jugendliche oder sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche behandelt werden sollen,
3. dass, soweit in dem Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ die Leistungsgruppe Intensivmedizin mit der Qualitätsanforderung Hochkomplex oder mit der Qualitätsanforderung Komplex genannt wird, hinsichtlich dieser Leistungsgruppe die in Anlage 1 Nummer 64 in der jeweiligen entsprechend benannten Tabellenzeile genannten Voraussetzungen ebenfalls erfüllt sein müssen,
4. dass, soweit in dem Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ in der Tabellenspalte „Standort“ Krankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, genannt sind, diese die für sie jeweils genannten verwandten Leistungsgruppen in Kooperation erbringen können,
5. dass die im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ genannten Qualitätskriterien jeweils dann erfüllt sind, wenn die in diesem Anforderungsbereich genannten Geräte, Einrichtungen, Untersuchungs- und Behandlungsangebote mit dem dafür erforderlichen Personal sowie, sofern anwendbar, in dem genannten Zeitraum vorgehalten werden,
6. dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Qualifikation“ genannten Facharztbezeichnungen als erfüllt anzusehen sind, wenn der jeweilige Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der entsprechenden Facharztbezeichnung oder einer vergleichbaren Bezeichnung berechtigt ist,
7. dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ genannten Qualitätskriterien erfüllt sind, wenn Fachärzte im jeweils genannten personellen und zeitlichen Umfang vorgehalten werden, wobei

- a) die Vorgabe „Facharzt“ einem Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden entspricht,
 - b) mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss,
 - c) Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können; dies gilt nicht für die in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie,
 - d) an Stelle eines Facharztes auch ein Belegarzt vorgehalten werden kann; die in den Buchstaben a bis c festgelegten Kriterien insbesondere hinsichtlich der zeitlichen Verfügbarkeit gelten entsprechend,
8. dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbänden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und
- a) die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist oder
 - b) dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist; § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend.

Abweichend von Satz 2 Nummer 8 Buchstabe b gilt in Bezug auf die Erfüllung der in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“, dass Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, diese Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt. Ein Krankenhausstandort kann in begründeten Fällen die in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ maßgeblichen Qualitätskriterien der in Anlage 1 Nummer 54 genannten Leistungsgruppe „Stroke Unit“ in telemedizinischer Kooperation mit einem anderen Krankenhaus erfüllen. Bei der in der Anlage 1 genannten Leistungsgruppe 65 „Notfallmedizin“ ist im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ ein Facharzt mit einer Facharztbezeichnung „Notfallmedizin“ als gleichwertig zu einem Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ anzusehen.

§ 135f

Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

(1) Ein Krankenhaus erfüllt die für eine ihm für einen Krankenhausstandort zugewiesene Leistungsgruppe geltende Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen (Mindestvorhaltezahl) in einem Kalenderjahr, wenn die sich aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das vorvergangene Kalenderjahr übermittelten Daten ergebende Anzahl an der jeweiligen Leistungsgruppe zuzuordnenden Behandlungsfällen an diesem Krankenhausstandort mindestens der für die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 4 festgelegten Mindestvorhaltezahl entspricht. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann für mindestens zwei Krankenhausstandorte festlegen, dass Leistungen aus einer Leistungsgruppe im Folgejahr nur an einem dieser Krankenhausstandorte erbracht werden (Leistungsverlagerung); den betroffenen Krankenhausträgern ist vor der Festlegung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde eine Festlegung nach Satz 2 getroffen, erfüllt das Krankenhaus, an dessen Standort die Leistungen künftig erbracht werden sollen, abweichend von Satz 1 die jeweilige Mindestvorhaltezahl in einem Kalenderjahr, wenn die sich aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das vorvergangene Kalenderjahr übermittelten Daten ergebende Anzahl an dieser Leistungsgruppe zuzuordnenden Behandlungsfällen an allen von der Leistungsverlagerung betroffenen Krankenhausstandorten gemeinsam mindestens der für diese Leistungsgruppe nach Absatz 4 festgelegten Mindestvorhaltezahl entspricht. In dem in Satz 2 genannten Fall hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unverzüglich das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus über die Leistungsverlagerung zu informieren. Auf Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen sind die Sätze 1 bis

4 mit der Maßgabe anzuwenden, dass als Behandlungsfälle auch jene Behandlungsfälle zu berücksichtigen sind, für deren Leistungen die Krankenhäuser Daten nach § 135d Absatz 3 Satz 6 übermittelt haben.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in regelmäßigen Abständen damit, unter Berücksichtigung der in Absatz 4 Satz 2 genannten Kriterien wissenschaftliche Empfehlungen für die erstmalige Festlegung und die Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen für die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 jeweils maßgeblichen Leistungsgruppen zu erarbeiten. Die Empfehlungen sollen in Form der Angabe eines Perzentils der Zahl aller Behandlungsfälle eines Kalenderjahres, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, erfolgen. Dabei hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen auch die im Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 3 Satz 1 veröffentlichten Bewertungen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen legt die jeweilige Empfehlung innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des jeweiligen Auftrags dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vor. Bevor das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wissenschaftliche Empfehlungen nach Satz 1 erarbeitet, entwickelt und veröffentlicht es eine allgemeine Methodik zur Erarbeitung solcher Empfehlungen. Vor der Entwicklung der allgemeinen Methodik ist Sachverständigen der medizinischen und gesundheitsökonomischen Wissenschaft und Praxis sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entwicklung der allgemeinen Methodik einzubeziehen. Für die Finanzierung der Aufgaben des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach diesem Absatz gilt § 139c.

(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt anhand der nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Leistungsdaten Auswertungen zu den Auswirkungen der nach Absatz 2 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeiteten Empfehlungen auf die Anzahl und geographische Verteilung der Krankenhausstandorte. Die Auswertungen haben auch die Auswirkungen der nach Absatz 2 erarbeiteten Empfehlungen auf die für Patienten entstehenden Fahrzeiten zum nächsten erreichbaren Krankenhausstandort zu umfassen. Die jeweilige Auswertung ist dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von drei Monaten nach der jeweiligen Vorlage der betreffenden nach Absatz 2 erarbeiteten Empfehlung zusammen mit einer eigenen Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Festlegung der betreffenden Mindestvorhaltezahl, bei deren Erarbeitung die in Absatz 4 Satz 2 genannten Kriterien zu berücksichtigen sind, vorzulegen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt zusätzlich für jeden Krankenhausstandort und jede Leistungsgruppe an die jeweilige für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres die Anzahl der Behandlungsfälle dieses Krankenhausstandorts im jeweiligen vorangegangenen Kalenderjahr, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und die Information, ob der jeweilige Krankenhausstandort für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach Absatz 4 festgelegte Mindestvorhaltezahl der jeweiligen Leistungsgruppen gemäß Absatz 1 erfüllt.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit legt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgebliche Leistungsgruppen Mindestvorhaltezahlen auf Grundlage der nach Absatz 2 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeiteten jeweiligen Empfehlung sowie der nach Absatz 3 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellten jeweiligen Auswertung und jeweiligen Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus fest. Bei der Festlegung nach Satz 1 sind insbesondere zu beachten:

1. die Notwendigkeit der Gewährleistung des Facharztstandards,
2. das Ziel der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären Versorgung sowie
3. das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Absatz 1.

Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum ... [einsetzen: Angabe des Tages und Monats des Inkrafttretens nach Artikel 7 sowie die Jahreszahl des auf das Inkrafttreten nach Artikel 7 folgenden Kalenderjahres] mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit überprüft die Festlegungen nach Satz 1 regelmäßig.

(5) Bis zum 31. Dezember 2026 gilt, dass ein Standort eines Krankenhauses, der entsprechend § 135d Absatz 4 Satz 8 im bundesweiten Vergleich wenig Behandlungsfälle in einer Leistungsgruppe erbracht hat, mit einem Hinweis auf den geringen quantitativen Versorgungsanteil in der betroffenen Leistungsgruppe versehen wird.“

9. § 136 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „sofern diese nicht in den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien enthalten sind“ eingefügt.
- b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die in nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Bestimmungen in Richtlinien aufzuheben, soweit die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien vergleichbare Mindestanforderungen festlegen.“

9a. Dem § 136a wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt bis zum ... [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf die Verkündung folgenden Monats] in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen fest, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene sind zu beteiligen.“

10. § 136c wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 1 und 2 werden aufgehoben.

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

- „Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft bis zum 31. Dezember 2025, inwieweit die Vorgaben anzupassen sind, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung dauerhaft sicherzustellen.“

- bb) Folgender Satz wird angefügt:

- „Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zehnten Monats nach Inkrafttreten nach Artikel 7] zu prüfen, ob Leistungen, für die eine notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist, auch durch Belegärzte erfüllt werden können.“

- c) Absatz 4 Satz 3 wird aufgehoben.

- d) In Absatz 6 werden die Wörter „Absätzen 1 bis 5“ durch die Wörter „Absätzen 3 bis 5“ ersetzt.

11. § 137 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „Kontrolle“ durch das Wort „Prüfung“ ersetzt.

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

- „Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4, die erforderlich sind

- 1. auf Grund begründeter Anhaltspunkte,

- 2. als Stichprobenprüfungen oder

- 3. auf Grund eines konkreten Anlasses, soweit die Prüfungen die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach § 136a Absatz 2 und 5 zum Gegenstand haben.“

- bb) In den Sätzen 2 und 3 wird das Wort „Kontrollen“ jeweils durch das Wort „Prüfungen“ ersetzt.

cc) In Satz 5 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.

dd) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den Sätzen 1 und 2 sollen eine möglichst aufwandsarme Durchführung der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 sowie eine Vereinheitlichung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 unterstützen.“

11a. In § 137i Absatz 4a Satz 2 werden die Wörter „§ 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist“ durch die Wörter „§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

11b. In § 137j Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „§ 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist“ durch die Wörter „§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

11c. § 137k Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den jeweils zuständigen Landesbehörden jährlich und dem Bundesministerium für Gesundheit nach Aufforderung eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 2.“

11d. Nach § 137l werden die folgenden §§ 137m und 137n eingefügt:

„§ 137m

Bemessung des ärztlichen Personals im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung

(1) Die zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 108 sind verpflichtet, eine bedarfsgerechte ärztliche Personalausstattung für die ärztliche Behandlung im Krankenhaus sicherzustellen. Zu diesem Zweck haben sie nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 3 folgende Angaben zu ermitteln, zu dokumentieren und in geeigneter Nachweisform an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln:

1. die Anzahl der in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern jeweils eingesetzten Ärztinnen und Ärzte, umgerechnet in Vollkräfte, aufgliedert nach Weiterbildungsstufen,
2. den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern, aufgliedert nach Weiterbildungsstufen,
3. die Anzahl der in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern auf Grundlage des ermittelten Bedarfs einzusetzenden Ärztinnen und Ärzten, umgerechnet in Vollkräfte, aufgliedert nach Weiterbildungsstufen.

Die Verpflichtung nach Satz 2 Nummer 1 besteht nicht, wenn die Daten bereits nach § 21 Absatz 7 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt werden. Die Anzahl der eingesetzten Ärztinnen und Ärzte ist an die Anzahl der einzusetzenden Ärztinnen und Ärzte schrittweise anzupassen, sofern sie hinter dieser zurückliegt. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wertet die Daten aus und übermittelt den jeweils zuständigen Landesbehörden und dem Bundesministerium für Gesundheit eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 2. Die Datenauswertungen können nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 3 veröffentlicht werden.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. März 2025 einen Auftragnehmer im Sinne von § 137k Absatz 2 Satz 1 mit der Erprobung eines in Abstimmung mit der Bundesärztekammer durch das Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzeptes zur Ermittlung einer bedarfsgerechten ärztlichen Personalausstattung in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern. Im Rahmen der Erprobung sind insbesondere folgende Aspekte zu untersuchen:

1. Tauglichkeit des Konzeptes für eine bundesweite Einführung in verschiedenen Typen von Krankenhäusern und in deren unterschiedlichen Abteilungen,
2. Qualität der anhand des Konzeptes erhobenen Daten und ihre bundesweite Vergleichbarkeit,
3. Eignung der anhand des Konzeptes erhobenen Daten zur Einbeziehung als Qualitätskriterium, insbesondere auch im Zusammenhang mit der Vergabe von Leistungsgruppen an Krankenhäuser,
4. Einführungs- und Nutzungsaufwand des Konzeptes für die Krankenhäuser,
5. Möglichkeiten einer digitalisierten und automatisierten Datenerhebung, um den Nutzungsaufwand für die Krankenhäuser zu reduzieren.

Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 zu bestimmen. Die ausgewählten Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an der Erprobung aktiv zu beteiligen und dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:

1. die Anzahl der in den jeweiligen in Satz 1 genannten Abteilungen eingesetzten Ärztinnen und Ärzte, umgerechnet auf Vollkräfte, und
2. die Anzahl der in den jeweiligen in Satz 1 genannten Abteilungen einzusetzenden Ärztinnen und Ärzte, die unter Anwendung des erprobten Instruments ermittelt wurde, umgerechnet auf Vollkräfte.

Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Der Auftragnehmer kann Form und Verfahren der Datenübermittlung festlegen. Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate nach Erteilung des Zuschlags einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Erprobung vorzulegen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat dem Auftragnehmer die ihm nach § 21 Absatz 7 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten zur Nutzung im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 in geeigneter Form zu überlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Ergebnisse der Erprobung bei Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 3 zu berücksichtigen.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern in zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 jeweils eingesetzten und der auf Grundlage des Bedarfs nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 in diesen Abteilungen jeweils einzusetzenden Ärztinnen und Ärzte erlassen. In der Rechtsverordnung kann das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere bestimmen

1. zur Bedarfsermittlung im Hinblick auf Ärztinnen und Ärzte und ihrer Methodik,
2. zur bedarfsgerechten personellen Zusammensetzung des ärztlichen Personals auf der Grundlage der beruflichen Qualifikationen der Ärztinnen und Ärzte,
3. zu der von den Krankenhäusern standortbezogen zu erfassenden, nach beruflichen Qualifikationen aufgegliederten
 - a) Ist-Personalbesetzung der Ärztinnen und Ärzte in der jeweiligen Abteilung und
 - b) Soll-Personalbesetzung der Ärztinnen und Ärzte in der jeweiligen Abteilung,
4. zur Übermittlung der von Krankenhäusern nach Nummer 3 erfassten Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einschließlich der Form und des Verfahrens der Übermittlung,
5. zu Berichtspflichten gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit,
6. zur Dokumentation, zum Nachweis und zur Veröffentlichung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten,
7. zur Auswertung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus,
8. zur Häufigkeit sowie Form und Verfahren der Übermittlung nach Absatz 1 Satz 5.

§ 137k Absatz 4 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(4) Die Mindestvorgaben zur ärztlichen Personalausstattung, die sich aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ergeben, bleiben unberührt.

(5) § 137k Absatz 7 gilt entsprechend.

§ 137n

Kommission für Personalbemessung im Krankenhaus

(1) Die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes richten bis zum 30. September 2025 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine Kommission ein, die Empfehlungen zur Personalbemessung von anderen als den in den §§ 137k und 137m genannten Gesundheitsberufen erarbeitet, die im Krankenhaus in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind. Zur Koordinierung und Organisation der Arbeit der Kommission richtet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Geschäftsstelle ein.

(2) Die Kommission setzt sich zusammen aus

1. einer Vertreterin oder einem Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen,
2. einer Vertreterin oder einem Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft,
3. einer Vertreterin oder einem Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.,
4. jeweils drei Vertreterinnen oder Vertretern der jeweiligen Gesundheitsberufe mit Praxiserfahrung und
5. zwei Vertreterinnen oder Vertretern der einschlägigen Wissenschaft.

Die Mitglieder werden von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien für einen Zeitraum von drei Jahren berufen. Die Mitglieder werden von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien ausgewählt, ihre Berufung erfolgt nach Einholung der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(3) Die Kommission erarbeitet Empfehlungen zu folgenden Themen:

1. Ansätzen zur Personalbemessung von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Gesundheitsberufen,
2. der Notwendigkeit der Einführung von Personalbemessungsinstrumenten für die in Absatz 1 Satz 1 genannten Gesundheitsberufe,
3. Wechselwirkungen und Synergieeffekten zu den Regelungen in den §§ 137k, 137l und 137m,
4. dem Erfüllungsaufwand und den Digitalisierungsvoraussetzungen für die Umsetzung der Personalbemessung.

(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Mai 2025 ein Konzept zur Organisation und Arbeitsweise der Kommission samt Geschäftsordnung zur Genehmigung vor. In diesem ist auch eine inhaltliche und zeitliche Planung der zu erarbeiteten Empfehlungen, auch hinsichtlich der unterschiedlichen in Absatz 1 Satz 1 genannten Gesundheitsberufen darzulegen.“

12. § 221 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.

bb) In Nummer 2 werden die Wörter „Maßgabe der §§ 12 bis 14“ durch die Wörter „den §§ 12 und 12a“ ersetzt und wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.

cc) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

„3. in den Jahren 2026 bis 2035 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

- b) Die Sätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:

„Der in Satz 1 Nummer 1 genannte Anteil wird dem Innovationsfonds, der in Satz 1 Nummer 2 genannte Anteil dem Strukturfonds und der in Satz 1 Nummer 3 genannte Anteil dem Transformationsfonds zugeführt. Die auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden in Satz 1 genannten Anteile an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a, des Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgesetzt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet.“

13. § 271 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 4 darf die Höhe der Liquiditätsreserve nach Ablauf der Geschäftsjahre 2025 bis 2034 einen Betrag von 50 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für dieses Geschäftsjahr nicht überschreiten.“

- bb) Im neuen Satz 6 werden nach der Angabe „Satz 4“ die Wörter „oder Satz 5“ eingefügt.

- b) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Zur Finanzierung der Fördermittel nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2016 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro und in den Jahren 2019 bis 2025 Finanzmittel in Höhe von insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro, jeweils abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 2 sowie Absatz 3 Satz 4 und 5 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12, 12a und 13 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden. Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds jährlich Finanzmittel in der Höhe zugeführt, in der diese Fördermittel im jeweiligen Jahr den Ländern zugeteilt werden, höchstens jedoch in der Höhe des Höchstbetrags nach Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr. Der Höchstbetrag für ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe eines Betrags in Höhe von 2,5 Milliarden Euro und des jeweiligen Mittelübertrags nach Satz 4 für dieses Kalenderjahr, jeweils abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, Satz 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 2 sowie Absatz 3 Satz 4 und 5. Der Mittelübertrag für ein Kalenderjahr ist derjenige Betrag, um den der Höchstbetrag nach Satz 3 für das vorangegangene Kalenderjahr den Betrag der den Ländern im vorangegangenen Kalenderjahr zugeteilten Fördermittel übersteigt; für das Kalenderjahr 2026 ist der Mittelübertrag der nach § 12a Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für eine Förderung von Vorhaben nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zur Verfügung stehende Betrag.“

14. § 275a wird wie folgt gefasst:

„§ 275a

Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern

(1) Der Medizinische Dienst führt in den zugelassenen Krankenhäusern bezogen auf einen Standort Prüfungen durch zur Erfüllung

1. der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien,
2. von Strukturmerkmalen, die nach § 301 Absatz 2 in dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel für einzelne Codes festgelegt werden,

3. der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c einschließlich der Prüfung der Richtigkeit der von den Krankenhäusern im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung vorzunehmenden Dokumentation und
4. der von den Ländern landesrechtlich vorgesehenen Qualitätsanforderungen.

Die Prüfungen sind aufwandsarm zu gestalten. Sie erfolgen im schriftlichen Verfahren, als Prüfungen vor Ort oder zum Teil im schriftlichen Verfahren und zum Teil als Prüfung vor Ort auf Grundlage vorliegender Daten, Nachweise, Unterlagen und Auskünfte der Krankenhäuser. Prüfungen vor Ort erfolgen angemeldet. Bei Prüfungen zu der Erfüllung der in Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 genannten Qualitätskriterien und Qualitätsanforderungen sind abweichend von Satz 4 Prüfungen vor Ort ohne Anmeldung zulässig, wenn Tatsachen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass eine Prüfung nach Anmeldung den Erfolg der Prüfung gefährden würde. Der Medizinische Dienst führt die Prüfungen nach Satz 1 soweit möglich einheitlich und aufeinander abgestimmt durch und verwendet Nachweise und Erkenntnisse aus anderen Prüfungen nach Satz 1 oder aus anderen Prüfungen nach den §§ 275a und 275d in den bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassungen wechselseitig. Der Medizinische Dienst berücksichtigt im Rahmen der Prüfungen Daten aus dem Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 1 Satz 1 und kann vorliegende Zertifikate anerkennen. Die Prüfung der Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen erfolgt auf der Grundlage der in § 137i Absatz 4 Satz 1 genannten Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers, einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eines vereidigten Buchprüfers oder einer Buchprüfungsgesellschaft. Die Krankenhäuser haben die für die Prüfung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten innerhalb von sechs Wochen nach Anforderung durch den Medizinischen Dienst an diesen zu übermitteln. Die Übermittlung der für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser sowie Mitteilungen zu Prüfergebnissen durch den Medizinischen Dienst erfolgen grundsätzlich auf elektronischem Wege. Die Medizinischen Dienste betreiben jeweils ein geschütztes digitales Informationsportal zur Bereitstellung von für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser; die Krankenhäuser können für die Prüfung erforderliche Unterlagen über dieses Informationsportal bereitstellen. Die Prüfungen erfolgen grundsätzlich durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist. § 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat vor der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben vor dem Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 109 den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen, wenn in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart werden sollen. Darüber hinaus können die in den Sätzen 1 und 2 genannten beauftragenden Stellen bei Bedarf jederzeit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien beauftragen, insbesondere bei Hinweisen über die Nichterfüllung der Qualitätskriterien. Der Umfang der vom Medizinischen Dienst zu prüfenden Erfüllung von Qualitätskriterien bestimmt sich abschließend nach den in dem konkreten Auftrag bestimmten Leistungsgruppen. Der Medizinische Dienst hat eine auf Grund von Satz 1, Satz 2 oder Satz 3 beauftragte Prüfung unverzüglich durchzuführen und in der Regel innerhalb von zehn Wochen ab dem Zeitpunkt des Beginns der Prüfung mit einem Gutachten abzuschließen und dieses innerhalb der genannten Frist allein der beauftragenden Stelle zuzusenden. Die beauftragende Stelle hat den Medizinischen Dienst innerhalb von einem Monat nach Zugang des Gutachtens auf Unstimmigkeiten oder Unklarheiten im Gutachten hinzuweisen und diese mit dem Medizinischen Dienst anschließend innerhalb von zwei Wochen ab der Erteilung des Hinweises zu erörtern; sofern erforderlich, ist das Gutachten durch den Medizinischen Dienst unverzüglich entsprechend zu korrigieren. Prüfungen, die auf Grund von Satz 1 vor einer voraussichtlich vor dem 1. November 2026 erfolgenden Zuweisung oder auf Grund von Satz 2 vor einem voraussichtlich vor dem 1. November 2026 erfolgenden Abschluss eines Versorgungsvertrags zu beauftragen sind, sind bis zum 30. September 2025 zu beauftragen. Der Medizinische Dienst hat die in Satz 7 genannten Prüfungen bis zum 30. Juni 2026 abzuschließen.

(3) Die in Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 genannte beauftragende Stelle hat den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zur Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen, wenn die Übermittlung eines neuen Gutachtens des Medizinischen Dienstes über eine entsprechende Prüfung erforderlich ist, um die Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe auf Grund von § 6a Absatz 5

Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder die Kündigung eines Versorgungsvertrags auf Grund von § 110 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 abzuwenden. Die Beauftragung hat so rechtzeitig zu erfolgen, dass das Gutachten voraussichtlich bis zum Ablauf der in § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder der in § 110 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Frist übermittelt werden kann.

(4) Nach Abschluss des in Absatz 2 Satz 6 genannten Verfahrens übermittelt der Medizinische Dienst sein Gutachten über das Ergebnis einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien auf elektronischem Wege an

1. die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde,
2. die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen,
3. das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und
4. das jeweils geprüfte Krankenhaus.

Krankenhäuser, die an einem Krankenhausstandort ein nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgebliches Qualitätskriterium für eine nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesene Leistungsgruppe über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht erfüllen, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen

1. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde,
2. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie
3. dem zuständigen Medizinischen Dienst.

Der Medizinische Dienst informiert das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen unverzüglich über eine ihm nach Satz 2 Nummer 3 mitgeteilte Nichterfüllung eines Qualitätskriteriums. Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nach Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, so informiert er unverzüglich die in Satz 2 Nummer 1 und 2 genannten Stellen sowie das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen hierüber.

(5) Krankenhäuser, die der Mitteilungspflicht nach Absatz 4 Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, dürfen nach dem Beginn der zugrunde liegenden Nichterfüllung des für eine Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriteriums an dem jeweiligen Krankenhausstandort erbrachte Leistungen aus dieser Leistungsgruppe nicht abrechnen. Satz 1 gilt nicht für die Abrechnung von Leistungen, die an Krankenhausstandorten erbracht wurden, für die die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde oder für die die jeweilige Leistungsgruppe nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 vereinbart wurde.

(6) Krankenhäuser können den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale beauftragen. Der Medizinische Dienst stellt das Ergebnis der Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale durch Bescheid fest. Der Medizinische Dienst übermittelt dem jeweiligen geprüften Krankenhaus zusätzlich in elektronischer Form ein Gutachten über die Prüfung und, wenn dieses Krankenhaus die jeweiligen Strukturmerkmale erfüllt, eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen werden. Das geprüfte Krankenhaus hat die in Satz 3 genannte Bescheinigung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln. Krankenhäuser, die ein Strukturmerkmal, dessen Erfüllung in einer in Satz 1 genannten Prüfung festgestellt wurde, über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen

1. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,
2. dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und
3. dem zuständigen Medizinischen Dienst.

Krankenhäuser dürfen Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen, soweit diese Leistungen in einem Zeitraum erbracht werden, für den diesen Krankenhäusern keine in Satz 3 genannte Bescheinigung über die

Erfüllung der Strukturmerkmale übermittelt wurde, die nach § 301 Absatz 2 in dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel für einen Kode festgelegt sind, der den jeweiligen Leistungen zugrunde liegt.

(7) Krankenhäuser können abweichend von Absatz 6 Satz 6 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres, erbrachte Leistungen abrechnen, wenn

1. sie bis zum 31. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Kodes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, als erfüllt und nachweisbar ansehen, und
2. der der Leistung zugrunde liegende Kode des in § 301 Absatz 2 genannten Operationen- und Prozedurenschlüssels in dem jeweiligen Kalenderjahr erstmals vergütungsrelevant wurde.

Krankenhäuser können abweichend von Absatz 6 Satz 6 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zu sechs Monate ab dem Tag der in Nummer 1 genannten Anzeige, erbrachte Leistungen abrechnen, wenn sie

1. dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Kodes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, während der drei dieser Anzeige vorhergehenden Kalendermonate als erfüllt und nachweisbar ansehen, und
2. in den letzten zwölf Monaten vor der in Nummer 1 genannten Anzeige noch keine in Nummer 1 genannte Anzeige für Leistungen, denen dieser Kode zugrunde liegt, vorgenommen haben.

Krankenhäuser, denen nach Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, mit der sie den Medizinischen Dienst nach einer in Satz 1 Nummer 1 oder Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeige beauftragt haben, keine in Absatz 6 Satz 3 genannte Bescheinigung übermittelt wurde, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.

(8) Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten Qualitätsanforderungen sind nur durchzuführen, wenn sie auf Grund begründeter Anhaltspunkte, als Stichprobenprüfungen oder, soweit die Prüfungen die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 2 und 5 zum Gegenstand haben, auf Grund eines konkreten Anlasses erforderlich sind und wenn der Medizinische Dienst hiermit von einer in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Satz 1 und 2 festgelegten Stelle beauftragt wurde. Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Prüfungen bestimmen sich abschließend nach dem jeweiligen Auftrag. Soweit der Auftrag auch eine in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannte Prüfung der Richtigkeit der Dokumentation beinhaltet, hat der Gemeinsame Bundesausschuss dem Medizinischen Dienst die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit der Medizinische Dienst zu prüfen hat.

(9) Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 genannten Qualitätsanforderungen sind durchzuführen, wenn der Medizinische Dienst hiermit von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde beauftragt wurde.

(10) Werden bei Durchführung einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Prüfung Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Prüfauftrags oder Prüfgegenstands liegen, so teilt der Medizinische Dienst diese Anhaltspunkte unverzüglich mit

1. dem Krankenhaus,
2. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und

3. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

Bei Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten Qualitätsanforderungen erfolgt die Mitteilung abweichend von Satz 1 an das Krankenhaus und die jeweilige beauftragende Stelle.

(11) Abweichend von Absatz 4, Absatz 6 Satz 4 und 5 sowie Absatz 7 Satz 3 ist von einer dort jeweils genannten Übermittlung, Mitteilung oder Information abzusehen, wenn die von der jeweiligen Übermittlung, Mitteilung oder Information umfassten Angaben und Unterlagen dem jeweiligen Empfänger in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank zugänglich sind.“

15. § 275c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „beträgt“ die Wörter „bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung]“ eingefügt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Ab dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 7] beträgt der Aufschlag 400 Euro. Maßgeblich für die Zuordnung einer beanstandeten Abrechnung, die zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, zu einem Quartal ist ab dem ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 7] die jeweilige leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse.“

b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird das Wort „Einhaltung“ durch das Wort „Erfüllung“, die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ und der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

bb) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

„3. hinsichtlich der Abrechnung der Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b des Krankenhausentgeltgesetzes.“

16. § 275d wird aufgehoben.

17. § 276 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „bis 275d“ durch die Angabe „bis 275c“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „§ 275c oder § 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 275c“ ersetzt.

cc) In Satz 3 wird die Angabe „bis 275d“ durch die Angabe „bis 275c“ ersetzt.

b) Absatz 4a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Kontrollen nach § 275a“ durch die Wörter „Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4“ ersetzt, werden nach der Angabe „§ 137 Absatz 3“ die Wörter „oder in der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3“ eingefügt und werden die Wörter „die Kontrollen“ durch die Wörter „die Prüfungen“ ersetzt.

bb) In den Sätzen 2 und 3 werden die Wörter „Kontrollen nach § 275a“ jeweils durch die Wörter „Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4“ ersetzt.

cc) In Satz 4 werden die Wörter „Kontrollen nach § 275a Absatz 4“ durch die Wörter „Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.

18. § 277 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Nach Abschluss der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 hat der Medizinische Dienst die Prüfergebnisse dem geprüften Krankenhaus und der jeweiligen beauftragenden Stelle mitzuteilen.“

b) In Satz 7 wird das Wort „Kontrollergebnis“ jeweils durch das Wort „Prüfergebnis“ ersetzt.

19. § 278 Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:

„(4) Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund bis zum 1. April jedes zweiten Kalenderjahres über

1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach § 17c Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4, § 275b und § 275c,
2. die Personalausstattung der Medizinischen Dienste und
3. die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste für die gesetzliche Krankenversicherung.

Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund bis zum 1. April eines jeden Kalenderjahres über die Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, differenziert nach den einzelnen in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmalen einschließlich der Anzahl der in § 275a Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und der in § 275a Absatz 7 Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeigen sowie der Anzahl der in § 275a Absatz 6 Satz 5 und der in § 275a Absatz 7 Satz 3 genannten Mitteilungen. Das Nähere zum Verfahren hinsichtlich der in den Sätzen 1 und 2 genannten Berichte regeln die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8. Die Medizinischen Dienste übermitteln dem Medizinischen Dienst Bund regelmäßig die nach der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für die in § 283 Absatz 5 genannte Datenbank erforderlichen Daten.

(5) Die Medizinischen Dienste, die gemäß § 278 Absatz 1 Satz 2 in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung in Verbindung mit Artikel 73 Absatz 4 des Gesundheits-Reformgesetzes Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Dienstherrenfähigkeit sind, verlieren ihre Dienstherrenfähigkeit, wenn die Notwendigkeit hierfür nach Artikel 73 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 des Gesundheits-Reformgesetzes nicht mehr besteht. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes stellt den Zeitpunkt fest, zu dem die Dienstherrenfähigkeit entfällt, und macht ihn öffentlich bekannt.“

20. § 280 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „und den §§ 275a bis 275d“ durch ein Komma und die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3, den §§ 275b und 275c“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Kontrollen“ durch das Wort „Prüfungen“ ersetzt und die Angabe „Absatz 4“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.

21. § 283 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. über die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände von in der Regel drei Jahren für die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, der Folgen, die eintreten, wenn nach einer in § 275a Absatz 6 Satz 5 genannten Mitteilung Strukturmerkmale durch das betreffende Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden, und der Festlegung geeigneter Maßnahmen, um die Prüfungen soweit möglich zu vereinheitlichen und aufwandsarm auszugestalten,“.

bbb) In Nummer 8 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.

ccc) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch das Wort „sowie“ ersetzt.

ddd) Folgende Nummer 10 wird angefügt:

„10. zur in Absatz 1 Satz 1 genannten Zusammenarbeit und einheitlichen Aufgabewahrnehmung.“

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Der Medizinische Bund hat bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des sechsten auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 3 zu erlassen oder anzupassen, soweit dies auf Grund der Änderung dieses Buches durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom ... [einsetzen: Datum und Fundstelle dieses Gesetzes] erforderlich ist.“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) In der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 ist eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben. Hierfür sind geeignete Gruppen der Aufgaben der Medizinischen Dienste zu definieren. Die für den Erlass der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 erforderlichen Daten sind von allen Medizinischen Diensten unter Koordinierung des Medizinischen Dienstes Bund nach einer bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise zu erheben und für alle Medizinischen Dienste einheitlich durch den Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste anonymisiert auszuwerten. Die Richtlinie hat mindestens aufgabenbezogene Richtwerte für die Aufgabengruppen der Prüfungen von Krankenhausleistungen nach § 275c, der Begutachtungen zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit nach § 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b sowie der Prüfungen von medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen nach § 275 Absatz 2 Nummer 1 einzubeziehen.“

c) Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:

„(4) Der Medizinische Dienst Bund fasst die Berichte der Medizinischen Dienste nach

1. § 278 Absatz 4 Satz 1 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Juni jedes zweiten Kalenderjahres vor und veröffentlicht den Bericht bis zum 1. September des jeweiligen Kalenderjahres,
2. § 278 Absatz 4 Satz 2 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Juni eines jeden Kalenderjahres vor und veröffentlicht den Bericht bis zum 1. September des jeweiligen Kalenderjahres.

Das Nähere regelt der Medizinische Dienst Bund in der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 8. Der Medizinische Dienst Bund hat die Berichte der Medizinischen Dienste nach § 278 Absatz 4 Satz 2 seiner in § 17c Absatz 7 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Stellungnahme zugrunde zu legen.

(5) Der Medizinische Dienst Bund führt eine Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1. In der Datenbank auszuweisen sind differenziert nach Krankenhausstandorten

1. das jeweilige Prüfergebnis mit Informationen zur Erfüllung oder Nichterfüllung der Qualitätskriterien, Strukturmerkmale und Qualitätsanforderungen, einschließlich der nach § 275a Absatz 4 Satz 1 und Absatz 6 Satz 3 zu übermittelnden Gutachten und Bescheinigungen,
2. die in § 275a Absatz 4 Satz 2 und 3, Absatz 6 Satz 5 und Absatz 7 Satz 3 genannten Mitteilungen und Informationen sowie
3. die in § 275a Absatz 4 Satz 4 genannten Feststellungen.

§ 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der Datenbank erfolgt ohne Personenbezug. Die Datenbank ist fortlaufend auf Basis neuer Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu aktualisieren. Die Medizinischen Dienste erhalten Zugang zu den für sie entsprechend ihrer örtlichen Zuständigkeit relevanten und für ihre Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 erforderlichen Daten. Der Medizinische Dienst Bund gewährt hinsichtlich der in § 275a Absatz 11 genannten Übermittlungen, Mitteilungen oder Informationen dem jeweiligen Empfänger Zugang zu den für ihn entsprechend seiner örtlichen Zuständigkeit relevanten und für die Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben erforderlichen Daten. Der Medizinische Dienst Bund regelt das Nähere zum Verfahren, zur

Art und zum Umfang des Zugangs zu der Datenbank sowie zum Umfang, Format und zur Spezifikation der für die Datenbank erforderlichen Daten bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des zwölften auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Der Medizinische Dienst Bund richtet die Datenbank bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des zwölften auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] ein.“

d) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.

21a. § 293 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ durch die Wörter „des § 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

b) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Flächenstandorte im Sinne des § 2a Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind im Verzeichnis nach Satz 1 als solche zu kennzeichnen.“

c) Der neue Satz 12 wird aufgehoben.

22. § 299 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2 sowie“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b sowie“ ersetzt.

b) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1 sowie“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, § 136b, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1 sowie“ ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „soweit dies für die Auswahl der Versicherten oder die Versendung der Fragebögen erforderlich ist“ durch die Wörter „soweit dies für die Auswahl der Versicherten, die Versendung der Fragebögen, die Risikoadjustierung der Auswertungen oder die wissenschaftliche Begleitung der Patientenbefragungen erforderlich ist“ ersetzt.

bb) Nach Satz 10 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Versendestelle ist befugt und verpflichtet, personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer an die in den in Satz 1 genannten Richtlinien und Beschlüssen festgelegten Empfänger zu übermitteln, soweit dies für die Durchführung der Patientenbefragung methodisch-fachlich erforderlich ist.“

cc) Im neuen Satz 12 werden die Wörter „Sätze 1 bis 10“ durch die Wörter „Sätze 1 bis 11“ ersetzt.

d) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird das Wort „sowie“ gestrichen.

bb) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

cc) Die folgenden Nummern 4 und 5 werden angefügt:

„4. Daten zur Erfüllung oder Nichterfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien, die dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen im Wege der in § 275a Absatz 4 Satz 1, 3 und 4 genannten Übermittlung oder Information übermittelt werden oder in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund zugänglich sind, und

5. Daten, die dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen im Wege der in § 6a Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Übermittlung übermittelt werden.“

22a. § 301 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft

1. das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke,
2. die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1,
3. das Verfahren der Abrechnung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern,
4. ein Verfahren zur Übermittlung eines Antrags auf Anschlussrehabilitation durch das Krankenhaus auf Wunsch und mit Einwilligung der Versicherten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern,
5. das Nähere zum Verfahren und zu den Zeitabständen der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragung nach Absatz 2a und
6. eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen.

Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit.“

23. Die §§ 411, 412 und 415 werden aufgehoben.
24. Folgender § 427 wird angefügt:

„§ 427

Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zum 31. Dezember 2028, zum 31. Dezember 2030, zum 31. Dezember 2033, zum 31. Dezember 2036 sowie zum 31. Dezember 2039 jeweils einen gemeinsamen Bericht vor über

1. die Auswirkungen der Einteilung der von der Krankenhausbehandlung umfassten Leistungen in Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 1 Satz 1 und die Weiterentwicklung dieser Einteilung, insbesondere hinsichtlich der mit der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusammenhängenden Konzentrationswirkungen auf die Leistungserbringung durch die Krankenhäuser, auch soweit diese länderübergreifend eingetreten sind,
2. die Auswirkungen der für Leistungsgruppen geltenden Mindestvorhaltezahlen im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 1, insbesondere hinsichtlich der mit der Festlegung der Mindestvorhaltezahlen bezweckten Qualitätssteigerung der Krankenhausbehandlung und hinsichtlich der Versorgungssituation der Patienten,
3. die Prüfungen zur Erfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, insbesondere über die Dauer und die Ergebnisse dieser Prüfungen, sowie über die Anzahl der Fälle, in denen das Gutachten nach § 275a Absatz 2 Satz 6 zweiter Halbsatz korrigiert wurde oder in denen eine Erörterung nach § 275a Absatz 2 Satz 6 erster Halbsatz stattgefunden hat,
4. die Auswirkungen der durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom ... [einsetzen: Datum und Fundstelle dieses Gesetzes] bewirkten Rechtsänderungen auf

- a) die Versorgungssituation der Patienten,
- b) die Personalstrukturen in den Krankenhäusern,
- c) die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen und
- d) die Entwicklung des Leistungsgeschehens im Bereich der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation sowie auf die Entwicklung des sonstigen ambulanten Leistungsgeschehens.

Der nach § 142 Absatz 1 Satz 1 berufene Sachverständigenrat legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2031 einen Bericht über die in Satz 1 genannten Gegenstände vor. Die für die nach den Sätzen 1 und 2 vorzulegenden Berichte erforderlichen Daten sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem nach § 142 Absatz 1 Satz 1 berufenen Sachverständigenrat von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten in anonymisierter Form zu übermitteln.“

25. Die Anlage 1 erhält die aus dem Anhang zu diesem Gesetz ersichtliche Fassung.

Artikel 2

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. § 2a wird wie folgt gefasst:

„§ 2a

Krankenhausstandort

(1) Ein Krankenhausstandort ist ein Gebäude oder ein zusammenhängender Gebäudekomplex eines Krankenhausträgers, in dem Patienten in mindestens einer fachlichen Organisationseinheit voll-, teil- oder tagesstationär, vor- oder nachstationär oder ambulant behandelt werden, und dessen Ort nach Absatz 2 räumlich bestimmt ist. Ein Krankenhausstandort kann abweichend von Satz 1 aus mehreren Gebäuden oder Gebäudekomplexen eines Krankenhausträgers bestehen, wenn der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten nicht mehr als 2 000 Meter Luftlinie beträgt (Flächenstandort). Eine fachliche Organisationseinheit im Sinne des Satzes 1 ist insbesondere eine Fachabteilung, eine Tagesklinik oder eine andere ärztlich geleitete Organisationseinheit, in der ambulante Leistungen erbracht werden (Krankenhausambulanz).

(2) Die räumliche Bestimmung eines Krankenhausstandortes erfolgt anhand einer Geokoordinate der Zugangsadresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl). Ein Flächenstandort wird abweichend von Satz 1 räumlich anhand einer Geokoordinate der Adresse des Hauptzugangs bestimmt. Eigenständige Standorte, die die Vertragspartner nach Absatz 4 Satz 1 bestimmt haben, und Krankenhausambulanzen werden gesondert geokodiert.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten Monats nach Inkrafttreten nach Artikel 7]

1. das Nähere zum Verfahren der Geokodierung, zum anzuwendenden Koordinatensystem und zur Notation nach Maßgabe der Vorgaben des Absatzes 2 und
2. Regelungen zu Krankenhausambulanzen, insbesondere unter welchen Voraussetzungen diese als eigenständige Krankenhausstandorte zu bestimmen sind.

Kommt eine Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vereinbarungspartei fest.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft können im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. vereinbaren, dass

1. fachliche Organisationseinheiten nach Absatz 1 Satz 3 eigenständige Standorte sind oder
2. abweichend von Absatz 1 Satz 1 und 2 die Gebäude oder Gebäudekomplexe eines bestimmten Krankenhauses ein Krankenhausstandort sind. Kommt eine Einigung nach Satz 1 nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 auf Antrag einer Vertragspartei.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft prüfen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung die Auswirkungen der Festlegung von Krankenhausstandorten nach Absatz 1 sowie möglichen Einzelfallentscheidungen nach Absatz 4 auf die Qualitätssicherung der Patientenversorgung sowie auf die Vergütung von Krankenhausleistungen und legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünften Jahres nach Inkrafttreten nach Artikel 7] einen Bericht über diese vor.

(6) Die Möglichkeit, Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung einheitlich für alle Standorte eines Krankenhauses zu schließen, bleibt bestehen.“

1. § 6 Absatz 1a wird aufgehoben.
2. § 6a wird durch die folgenden §§ 6a bis 6c ersetzt:

„§ 6a

Zuweisung von Leistungsgruppen

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem nach § 108 Nummer 1 oder Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuweisen, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt; § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann mit der Zuweisung nach Satz 1 einem Krankenhausstandort für die Berechnung seines Anteils am Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes für eine Leistungsgruppe nach § 37 Absatz 2 Satz 2 und 3 eine Fallzahl für diese Leistungsgruppe (Planfallzahl) vorgeben; bei der Zuweisung einer Leistungsgruppe, deren Leistungen erstmals an dem jeweiligen Krankenhausstandort erbracht werden, hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem Krankenhausstandort eine Planfallzahl für die Berechnung seines Anteils am Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes für diese Leistungsgruppe nach § 37 Absatz 2 Satz 2, 3 und 5 vorzugeben. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2a. Ein Anspruch auf Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der Erfüllung der in der Tabellenzeile „Auswahlkriterium“ der Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch für die jeweilige Leistungsgruppe genannten Qualitätskriterien, soweit vorhanden, nach pflichtgemäßem Ermessen darüber, welchem Krankenhaus die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen wird. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Als einem Krankenhaus zugewiesen im Sinne des Satzes 1 gelten Leistungsgruppen, die in einem wirksamen Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für dieses Krankenhaus vereinbart wurden.

(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannte Erfüllung der Qualitätskriterien ist durch das Krankenhaus vor der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe gegenüber der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde nachzuweisen. Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, dessen Übermittlung nach § 275a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu dem Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht länger als zwei Jahre und ab dem dritten Nachweis nicht länger als drei Jahre

zurückliegt. Wurde die Erfüllung der für eine Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien bereits zweimal durch ein Gutachten nach Satz 2 nachgewiesen, wird der in Satz 1 genannte Nachweis durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, dessen Übermittlung nach § 275a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu dem Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht länger als drei Jahre zurückliegt. Bis zu dem Zeitpunkt der in Satz 2 genannten Übermittlung kann der in Satz 1 genannte Nachweis durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses erbracht werden, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragt wurde.

(3) Den Bundeswehrkrankenhäusern werden die Leistungsgruppen zugewiesen, für die sie nach den Vorgaben des Bundesministeriums der Verteidigung zur Erfüllung ihres militärischen Auftrags Ressourcen vorhalten. Das Bundesministerium der Verteidigung teilt der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde mit, für welche Leistungsgruppen das jeweilige Bundeswehrkrankenhaus Ressourcen vorhält. Den Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen sollen die Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die sie nach der Aufgabenstellung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch Ressourcen vorhalten. Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen können die für eine Leistungsgruppe als Qualitätskriterien festgelegten verwandten Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch in Kooperation erbringen.

(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderer Krankenhausstandort, für den die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen ist für einen erheblichen Teil der Einwohner des Einzugsbereichs des Krankenhausstandorts, für den die Leistungsgruppe zugewiesen werden soll, nicht innerhalb der in Satz 3 genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Die maßgebliche Fahrzeit beträgt

1. hinsichtlich der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie: 30 Minuten,
2. hinsichtlich der übrigen Leistungsgruppen: 40 Minuten.

Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in dem in Satz 1 genannten Fall auf höchstens drei Jahre zu befristen; mit der Zuweisung ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen. Wenn ein Krankenhausstandort zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 4 unbefristet zugewiesen werden; mit der Zuweisung ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich vor Erteilung einer Auflage nach Satz 4 hierzu durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Benehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat Bedenken, die die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Rahmen der Benehmensherstellung zur Entscheidung über die Ausnahme nach Satz 1 vortragen, zu berücksichtigen.

(5) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat die Zuweisung einer Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben,

1. soweit das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan des jeweiligen Landes herausgenommen wird,

2. wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt oder
3. wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde länger als zwei oder, sofern die Erfüllung der Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen wurde, länger als drei Jahre zurückliegt, es sei denn, dass das Krankenhaus den Nachweis über die Erfüllung dieser Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung erbringt und der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragt wurde.

Satz 1 Nummer 2 ist nicht anzuwenden,

1. wenn die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 zugewiesen ist und die in Absatz 4 Satz 4 genannte Frist noch nicht abgelaufen ist oder in dem in Absatz 4 Satz 5 genannten Fall der jeweilige Krankenhausstandort weiterhin in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist,
2. wenn das Krankenhaus unverzüglich eine nach § 275a Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderliche Mitteilung gemacht hat, seit dieser Mitteilung nicht mehr als drei Monate vergangen sind und der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Dauer der von dieser Mitteilung erfassten Nichterfüllung von Qualitätskriterien sechs Monate nicht überschreiten wird.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zu der voraussichtlichen Dauer der in Satz 2 Nummer 2 genannten Nichterfüllung einholen. Die Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

(6) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026, zum Zweck der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 37 folgende Daten zu übermitteln:

1. eine Aufstellung über die den Krankenhäusern je Krankenhausstandort zugewiesenen Leistungsgruppen und über die ihnen nach Absatz 1 Satz 2 vorgegebenen Planfallzahlen je Leistungsgruppe,
2. die Angabe, ob eine Zuweisung einer Leistungsgruppe aufgehoben wurde, einschließlich des Zeitpunkts der Aufhebung,
3. die Angabe, ob die Zulassung des jeweiligen Krankenhauses vollständig oder teilweise weggefallen ist oder ob das jeweilige Krankenhaus vollständig oder teilweise seinen Betrieb eingestellt hat, einschließlich des Zeitpunkts des Wegfalls der Zulassung oder der Einstellung des Betriebs,
4. die Angabe, ob das jeweilige Krankenhaus mit einem anderen Krankenhaus oder ob der jeweilige Krankenhausstandort mit einem anderen Krankenhausstandort zusammengeschlossen wurde einschließlich des Zeitpunkts des Zusammenschlusses,
5. die Angabe, ob der jeweilige Krankenhausstandort nach § 6c Absatz 1 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde, sofern das Krankenhaus für den jeweiligen Krankenhausstandort bis zu dem Zeitpunkt dieser Bestimmung stationäre Leistungen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet hat, einschließlich des Zeitpunkts, ab dem es für den jeweiligen Krankenhausstandort die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Tagesentgelte oder die in § 6c Absatz 7 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten vorläufigen Tagesentgelte abrechnet.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann die in Satz 1 genannten Daten erstmals bereits zum 31. Oktober 2025 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermitteln, um eine in § 37 Absatz 5 Satz 2 genannte Übermittlung einer Information über die Höhe der Vorhaltevolumina für das

Kalenderjahr 2026 zu ermöglichen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus regelt das Nähere zur Datenübermittlung.

(7) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle zur Förderung der Qualität der Krankenhausbehandlung durch Transparenz jeweils unverzüglich folgende Daten zu übermitteln:

1. jede Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 einschließlich jeder Zuweisung nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1,
2. jede Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe,
3. jeden Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich jedes Abschlusses nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und
4. jede Kündigung eines Versorgungsvertrags nach § 110 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 6b

Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem Krankenhaus unter der in Satz 3 genannten Voraussetzung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemeinsam zuweisen:

1. die krankenhaushübergreifende Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen, der Intensivmedizin und Notfallversorgung, im Zusammenwirken mit den nach Landesrecht bestimmten oder den von der obersten zuständigen Landesbehörde hierfür vorgesehenen Rettungsleitstellen, und
2. die Konzeption und die Koordinierung des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste.

Das Nähere zu dem Inhalt der in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2. Die in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben dürfen folgenden Krankenhäusern zugewiesen werden:

1. einem Krankenhaus, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versorgungsstufe „Level 3U“ zugeordnet ist, oder
2. einem Krankenhaus, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versorgungsstufe „Level 3“ zugeordnet ist, wenn in dem jeweiligen Land kein Krankenhaus der Versorgungsstufe „Level 3U“ zugeordnet ist, oder wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dies zur Förderung der Koordinierung und Vernetzung der Krankenhausversorgung für erforderlich hält.

Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Benehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat Bedenken, die die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Rahmen der Benehmensherstellung zur Entscheidung über die in Satz 1 genannte Zuweisung vortragen, zu berücksichtigen. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026, mitzuteilen, welchen Krankenhäusern sie die in Satz 1 genannten Aufgaben zugewiesen hat. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus regelt das Nähere zur Datenübermittlung.

§ 6c

Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen, der Landeskrankengesellschaft oder der Vereinigung der Krankenhausträger im Land sowie der Kassenärztlichen Vereinigung durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn das jeweilige Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen wurde.

(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen jeweils unverzüglich, spätestens innerhalb von vier Wochen, eine Bestimmung nach Absatz 1 und Änderungen einer solchen Bestimmung mitzuteilen.“

3. § 8 Absatz 1a bis 1c wird aufgehoben.

3a. In § 9 Absatz 5 werden nach dem Wort „Grundsätze“ die Wörter „und Nachhaltigkeit“ eingefügt.

4. § 12a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2024“ durch die Angabe „31. Dezember 2025“ ersetzt.

cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Soweit die Mittel nach den Sätzen 2 und 3 bis zum 31. Dezember 2025 durch vollständig und vorbehaltlos gestellte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, stehen diese Mittel ergänzend für eine Förderung von Vorhaben nach § 12b zur Verfügung; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen.“

5. Nach § 12a wird folgender § 12b eingefügt:

„§ 12b

Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung

(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung an die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom ... [einsetzen: Datum und Fundstelle] bewirkten Rechtsänderungen in den Jahren 2026 bis 2035 wird beim Bundesamt für Soziale Sicherung ein Transformationsfonds errichtet. Die Höhe der zur Förderung in einem Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Mittel entspricht der Höhe der höchstens zuzuführenden Mittel nach § 271 Absatz 6 Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, Satz 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 2 sowie Absatz 3 Satz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Im Fall einer finanziellen Beteiligung von Unternehmen der privaten Krankenversicherung an der in Satz 1 genannten Förderung erhöht sich die Höhe der zur Förderung in einem Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Mittel jeweils um den entsprechenden Betrag. Aus dem Transformationsfonds können an zugelassenen Krankenhäusern gefördert werden

1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, einschließlich der erforderlichen Angleichung der digitalen Infrastruktur, insbesondere

a) zur Erfüllung von Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder

b) zur Erfüllung von Mindestvorhaltezahlen nach § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

2. Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhausstandortes, der nach § 6c Absatz 1 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,
3. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, insbesondere zwischen Krankenhäusern, einschließlich der Schaffung der Voraussetzungen für die Durchführung robotergestützter Telechirurgie, abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1 auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,
4. abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1 wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die keine Hochschulkliniken sind, an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,
5. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von regional begrenzten Krankenhausverbänden zum Abbau von Doppelstrukturen, insbesondere durch Standortzusammenlegungen,
6. Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen,
7. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses, insbesondere in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten,
8. Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g, soweit diese auf einem Vorhaben nach Nummer 1 oder Nummer 5 beruhen.

Fördermittel können auch zur Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung von Vorhaben, die nach Satz 4 gefördert werden können, aufgenommen wurden. Vorhaben, die überwiegend dem Erhalt bestehender Strukturen dienen, sind nicht förderfähig.

(2) Das Fördervolumen eines Kalenderjahres entspricht den nach Absatz 1 Satz 2 zur Förderung in diesem Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Mitteln, abzüglich der in Absatz 4 Satz 1 genannten, im jeweiligen Kalenderjahr notwendigen Aufwendungen des Bundesamts für Soziale Sicherung für die Verwaltung des Transformationsfonds und die Durchführung der Förderung sowie abzüglich der in § 14 Satz 6 genannten Aufwendungen für die Auswertung im jeweiligen Kalenderjahr. Für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 kann jedes Land die Zuteilung von Fördermitteln bis zu einer Höhe von 95 Prozent desjenigen Anteils an dem um den Betrag der nach Satz 4 aus dem jeweils vorhergehenden Kalenderjahr übertragenen Mittel verminderten Fördervolumen beantragen, der sich für das jeweilige Land aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2019 ergibt, zuzüglich der nach Satz 4 für das jeweilige Land aus dem jeweils vorherigen Kalenderjahr übertragenen Mittel. Für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 können mehrere Länder gemeinsam die Zuteilung von Fördermitteln für länderübergreifende Vorhaben bis zu einer Höhe von 5 Prozent des Fördervolumens nach Satz 1 zuzüglich der für länderübergreifende Vorhaben nach Satz 5 aus dem jeweils vorhergehenden Kalenderjahr übertragenen Mittel beantragen. Für jedes Land und jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2034 sind Mittel in der Höhe der Differenz zwischen dem Betrag, bis zu dessen Höhe das jeweilige Land nach Satz 1 die Zuteilung von Fördermitteln beantragen kann, und dem Betrag, in dessen Höhe dem jeweiligen Land im jeweiligen Kalenderjahr Fördermittel nach Absatz 3 Satz 1 zugeteilt werden, zur Zuteilung im jeweils folgenden Kalenderjahr zu übertragen. Für länderübergreifende Vorhaben sind für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2034 Mittel in der Höhe der Differenz zwischen dem Betrag, bis zu dessen Höhe nach Satz 3 Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben beantragt werden können, und dem Betrag, in dessen Höhe im jeweiligen Kalenderjahr Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben zugeteilt werden, zur Zuteilung im jeweils folgenden Kalenderjahr zu übertragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung veröffentlicht auf seiner Internetseite für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 die Höhe der Beträge, bis zu der einzelne Länder die Zuteilung von Fördermitteln beantragen können, sowie den Betrag, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht.

(3) Für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 teilt das Bundesamt für Soziale Sicherung jedem Land auf Antrag Fördermittel zu den in Absatz 1 Satz 4 und 5 genannten Zwecken bis zur Höhe des Betrags zu, bis zu dem das jeweilige Land nach Absatz 2 Satz 2 die Zuteilung von Fördermitteln beantragen kann, wenn

1. der jeweilige Antrag auf Förderung für das jeweilige Kalenderjahr

- a) bis zum 30. September des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres gestellt wurde oder
 - b) bis zum 31. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres gestellt wurde und das jeweilige Land dem Bundesamt für Soziale Sicherheit zuvor bis zum 30. September die Höhe des diesbezüglichen Fördervolumens angezeigt hat und die beantragte Fördersumme die Höhe der angezeigten Fördersumme nicht übersteigt,
2. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Juli 2025 noch nicht begonnen hat,
 3. das jeweilige Land oder das jeweilige Land gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, die förderungsfähigen Kosten des Vorhabens zu einem Anteil von mindestens 50 Prozent trägt, und das jeweilige Land mindestens die Hälfte dieses Anteils aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringt,
 4. das jeweilige Land
 - a) sich verpflichtet, in jedem der Kalenderjahre vom Jahr der Antragstellung bis 2035 Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die der nach Satz 2 berechneten durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen des jeweiligen Landes der Kalenderjahre 2021 bis 2023 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel zuzüglich des in Nummer 3 genannten Anteils für das jeweilige Kalenderjahr entspricht,
 - b) nachweist, dass es in jedem der Kalenderjahre von 2026 bis zum Jahr der Antragstellung Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitgestellt hat, die der nach Satz 2 berechneten durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen der Kalenderjahre 2021 bis 2023 des jeweiligen Landes hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel zuzüglich des in Nummer 3 genannten Anteils für das jeweilige Kalenderjahr entspricht,
 5. das jeweilige Land nachweist, das Insolvenzrisiko der an dem Vorhaben beteiligten Krankenhäuser geprüft zu haben, und
 6. die Voraussetzungen der Rechtsverordnung nach Absatz 5 erfüllt sind.

Für die Berechnungen der durchschnittlichen Höhe der Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a und b sind die Beträge der in den Jahren 2021 bis 2023 jeweils ausgewiesenen Haushaltsmittel, abzüglich der als Sonderförderung ausgewiesenen Haushaltsmittel, zu addieren, die Summe durch drei zu dividieren und ist dieser Betrag entsprechend des vom Statistischen Bundesamt für das Jahr 2024 nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bekanntgegebenen Orientierungswertes zu erhöhen. Das Bundesamt für Soziale Sicherheit teilt den Ländern die Fördermittel nach Satz 1 bis zum 31. Dezember 2035 zu. Beträge, mit denen sich die Länder am Gesamtvolumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten der Investitionen finanzschwacher Gemeinden und Gemeindeverbände eines Landes nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen weder auf den in Satz 1 Nummer 3 genannten Anteil noch auf die in Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a und b genannten Haushaltsmittel in den Kalenderjahren 2026 bis 2035 angerechnet werden. Mittel aus dem Transformationsfonds dürfen nicht nach Satz 1 zugeteilt werden, soweit der Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, gegenüber dem jeweiligen Land auf Grund des zu fördernden Vorhabens zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Hat das jeweilige Land gegenüber dem Träger eines Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, auf eine verpflichtende Rückzahlung von Mitteln der Investitionsförderung verzichtet, gilt für diese Mittel Satz 4 entsprechend, sofern das Land nicht nachvollziehbar darlegt, dass der Verzicht erforderlich ist, damit ein Vorhaben nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 1, 2, 5 oder Nummer 7 durchgeführt werden kann. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind von dem jeweiligen Land unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherheit zurückzuzahlen, wenn eine Aufrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die Sätze 1 bis 7 gelten für die Förderung länderübergreifender Vorhaben nach Absatz 2 Satz 3 und 5 entsprechend.

(4) Die für die Verwaltung des Transformationsfonds und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamts für Soziale Sicherheit werden aus dem Transformationsfonds gedeckt. Das Bundesamt für Soziale Sicherheit kann nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form treffen. Soweit Fördermittel bis zum 31. Dezember 2035 nicht vollständig durch das

Bundesamt für Soziale Sicherung nach Absatz 3 Satz 1 zugeteilt wurden, ist der auf die finanzielle Beteiligung von Unternehmen der privaten Krankenversicherung entfallende Anteil an diese zurückzuführen.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln

1. zu den Vorhaben, die nach Absatz 1 Satz 4 gefördert werden können,
2. zum Verfahren der Zuteilung der Fördermittel,
3. zur Höhe der förderungsfähigen Kosten, insbesondere zur Höhe der förderungsfähigen Kosten einzelner Bestandteile der jeweiligen Vorhaben,
4. zum Nachweis der in Absatz 3 Satz 1 und 2 genannten Voraussetzungen der Zuteilung von Fördermitteln,
5. zum Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und
6. zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.

(6) Ist für die Jahre 2026 bis 2035 jeweils bis zum 30. September des jeweils vorherigen Kalenderjahres keine in Absatz 1 Satz 3 genannte Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung in einer Höhe erfolgt, die dem Anteil der vollstationären Behandlungsfälle von Versicherten in der privaten Krankenversicherung an der Gesamtzahl aller vollstationären Behandlungsfälle entspricht, berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages bis zum 31. Januar des jeweiligen Kalenderjahres und erarbeitet bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres einen Vorschlag, der eine entsprechende Beteiligung der privaten Krankenversicherung und aller weiteren Kostenträger mit Ausnahme der gesetzlichen Krankenversicherung an der Förderung und ihre Anrechnung auf den Höchstbetrag nach § 271 Absatz 6 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beinhaltet.“

6. § 14 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesamt für Soziale Sicherung gibt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen begleitende Auswertungen des durch die Förderung nach den §§ 12 bis 12b bewirkten Strukturwandels in Auftrag.“

b) In Satz 3 werden nach der Angabe „31. Dezember 2020“ die Wörter „und für die Förderung nach § 12b erstmals zum 31. Dezember 2027“ eingefügt.

c) In Satz 5 werden die Wörter „nach diesem Zeitpunkt“ durch die Wörter „im Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2026“ ersetzt.

d) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Die ab dem 1. Januar 2027 entstehenden Aufwendungen für die auf die Förderung nach den §§ 12a und 12b bezogenen Auswertungen werden aus dem Transformationsfonds nach § 12b gedeckt.“

7. § 17b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Absatz 4 keine abweichenden Regelungen enthält“ durch die Wörter „die Absätze 4 und 4b keine abweichenden Regelungen enthalten“ ersetzt.

bb) In Satz 10 werden nach den Wörtern „schwerkranken Patienten“ die Wörter „oder von Patienten mit Behinderungen“ eingefügt, werden die Wörter „zeitlich befristet“ gestrichen und werden nach dem Wort „verfügen,“ die Wörter „sowie bei Krankenhäusern, die in die in Satz 14 genannte Liste aufgenommen sind, für das der Veröffentlichung der Liste folgende Kalenderjahr,“ eingefügt.

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt jährlich auf der Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und 2 des Krankenhausentgeltgesetzes jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Daten diejenigen Krankenhäuser, die die nachfolgenden Kriterien erfüllen, und

veröffentlicht barrierefrei auf seiner Internetseite jährlich bis zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2025, eine Liste dieser Krankenhäuser:

1. in mindestens 75 Prozent der vollstationären, nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergüteten Fälle des Krankenhauses waren die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus mindestens 28 Tage und unter 18 Jahre alt und
2. der auf das Krankenhaus entfallende Anteil an allen vollstationären, nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergüteten Fällen, bei denen die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus mindestens 28 Tage und unter 18 Jahre alt waren, beträgt mindestens 0,5 Prozent.

Auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus entscheiden die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien bis zum 31. Dezember 2025, wie zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung Zu- und Abschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche ausgestaltet werden können; erforderliche Zu- und Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung ausgestaltet sein und die voraussichtliche Summe der Zu- und Abschläge soll ausgeglichen sein.“

- b) In Absatz 3 Satz 4 werden nach dem Wort „Pflegepersonalkosten“ die Wörter „und des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Betrags für die Vorhaltevergütung“ eingefügt.
- c) Absatz 4a Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden nach der Angabe „2022“ ein Komma und die Wörter „hinsichtlich der in den Nummern 4 und 5 genannten Berufsgruppen erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum vier Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7],“ eingefügt.
 - bb) In Nummer 2 Buchstabe f wird das Wort „und“ am Ende gestrichen.
 - cc) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
 - dd) Die folgenden Nummern 4 und 5 werden angefügt:
 - „4. als Auszubildende in der Pflege Personen, die eine berufliche oder hochschulische Ausbildung in einem in Nummer 1 oder Nummer 2 Buchstabe a oder Buchstabe b genannten Beruf absolvieren, in dem Umfang, in dem die betreffenden Kosten der Ausbildungsvergütung nicht nach § 27 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes oder nach § 17a Absatz 1 Satz 3 Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen sind, und
 5. als Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren Personen, die eine Anpassungsmaßnahme nach § 40 Absatz 3 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes oder § 41 Absatz 2 Satz 4 oder Absatz 3 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes absolvieren.“
- d) Nach Absatz 4a werden die folgenden Absätze 4b und 4c eingefügt:

„(4b) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für jedes Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2026, von den Kosten, die den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen nach Satz 3, Absatz 1 Satz 4 und Absatz 4 Satz 5 zugrunde gelegt werden, die variablen Sachkosten abzuziehen (verminderte Kosten) und einen Betrag aus dem Vergütungssystem auszugliedern, der einem Anteil von 60 Prozent an den verminderten Kosten entspricht. Die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten sind in dem in Satz 1 genannten Anteil enthalten; ihre Vergütung bleibt unberührt. Bei der Ermittlung der Bewertungsrelationen für die Vergütung eines Vorhaltebudgets (Vorhaltebewertungsrelationen) werden die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten dahingehend berücksichtigt, dass

1. sie in dem Fall, dass ihr Anteil an den verminderten Kosten weniger als 60 Prozent beträgt, von einem Betrag in Höhe von 60 Prozent der verminderten Kosten abzuziehen sind und der sich ergebende Betrag der jeweiligen Ermittlung zugrunde zu legen ist,
2. in dem Fall, dass ihr Anteil an den verminderten Kosten mindestens 60 Prozent beträgt, die jeweilige Vorhaltebewertungsrelation null beträgt.

Die Vorhaltebewertungsrelationen für Fälle aus den Leistungsgruppen, die in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Vereinbarung nach § 39 Absatz 2 Satz 2 oder Festlegung nach § 39 Absatz 2 Satz 4 einem der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin zugeordnet wurden, sind zum Zweck der Abrechnung um den nach § 39 Absatz 4 für das jeweilige Kalenderjahr berechneten Prozentsatz zu erhöhen und gesondert in dem Entgeltkatalog auszuweisen. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Ausgliederung nach Satz 1 und die nach den Sätzen 3 und 4 zu ermittelnden Vorhaltebewertungsrelationen erstmals in der in Absatz 2 Satz 1 genannten Vereinbarung für das Kalenderjahr 2026 zu berücksichtigen und die Vorhaltebewertungsrelationen erstmals in dem Entgeltkatalog für das Kalenderjahr 2026 auszuweisen.

(4c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat die Auswirkungen der Einführung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 6b des Krankenhausentgeltgesetzes in den Jahren 2027 bis 2030 insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung zu analysieren und auf der Grundlage dieser Analyse Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vergütung eines Vorhaltebudgets zu erstellen. Es hat in der Analyse zu prüfen, ob die Höhe des nach Absatz 4b Satz 1 ausgliedernden Anteils sachgerecht ist, ob die variablen Sachkosten sowie die Kosten von Querschnittsaufgaben sachgerecht abgebildet sind, ob durch die Ausgestaltung der Vorhaltevergütung unterjährige Leistungseinschränkungen eintreten und inwieweit die Vergütung eines Vorhaltebudgets an dem bevölkerungsbezogenen Bedarf und fallzahlunabhängig ausgerichtet werden kann. Die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2029 in einem Zwischenbericht und bis zum 31. Dezember 2031 in einem abschließenden Bericht vorzulegen und diese Berichte jeweils zeitnah barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben vor der Erstellung der in Satz 3 genannten Berichte Stellung zu nehmen. Die Kosten der Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach diesem Absatz werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 finanziert.“

- e) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „bis 4“ durch die Angabe „bis 4b“ ersetzt.
 - f) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 werden nach der Angabe „Absatz 4“ die Wörter „und Vorschriften über die Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen nach Absatz 4b“ eingefügt.
 - bb) In Nummer 2 werden die Wörter „Absatz 4 und“ durch die Wörter „Absatz 4 und der Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen nach Absatz 4b sowie“ ersetzt.
8. § 17c wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2b wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Krankenkasse und das Krankenhaus können von dem jeweils anderen Beteiligten keine Erstattung von Kosten für die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten oder eines Beistands im Rahmen der in Satz 1 genannten einzelfallbezogenen Erörterung oder des in Satz 2 genannten Abschlusses eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags verlangen.“
 - bb) Im neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.
 - b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.
 - c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In Nummer 4 werden nach dem Wort „sowie“ die Wörter „letztmals bis zum 30. Juni 2025“ eingefügt.
 - bbb) In Nummer 6 wird das Komma durch einen Punkt ersetzt.
 - ccc) Nummer 7 wird aufgehoben.
 - bb) Satz 4 wird aufgehoben.

- cc) Im neuen Satz 5 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.
- d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „2025“ durch die Angabe „2026“ ersetzt.
 - bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„In dem Bericht sind insbesondere die Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Prüfungen zu der Erfüllung der in § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Strukturmerkmale sowie der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 darzustellen und ist darzulegen, ob die quartalsbezogene Prüfquote im Sinne des § 275c Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geeignet ist.“

- 9. In § 25 Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter „§ 275d Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch begutachten“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch prüfen“ ersetzt und wird das Wort „einhält“ durch das Wort „erfüllt“ ersetzt.
- 10. Nach der Überschrift des Fünften Abschnitts wird folgende Überschrift des Unterabschnitts 1 eingefügt:

„Unterabschnitt 1
Zuständigkeiten, Statistik, Darlehen“.

- 11. § 28 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 4 werden die Wörter „sonstigen Entgelte und der tagesbezogenen Pflegeentgelte“ durch die Wörter „sonstigen Entgelte und tagesbezogenen Pflegeentgelte sowie der Vergütung eines Vorhaltebudgets und der krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ ersetzt.
 - b) In Nummer 5 werden nach dem Wort „Bewertungsrelationen“ die Wörter „einschließlich der Summe der Bewertungsrelationen der nach § 17b Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten und der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen“ eingefügt.
 - c) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:
 - „5a. Zahl der Fälle, die mit krankenhausindividuellen Tagesentgelten abgerechnet werden, und nach § 6c Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes ermittelte Ausgleichsbeträge,“.
- 12. Nach § 30 wird folgende Überschrift des Unterabschnitts 2 eingefügt:

„Unterabschnitt 2
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“.

- 13. Die folgenden §§ 37 und 38 werden angefügt:

„§ 37

Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen nach den folgenden Vorschriften. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorhergehende Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen

Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen; bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind Krankenhausfälle von Krankenhausstandorten, für die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 die Angabe übermittelt wurde, dass sie als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurden, von Bundeswehrkrankenhäusern, soweit die Krankenhausfälle nicht die Behandlung von Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten betreffen, und von Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit die Kosten der Krankenhausfälle von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden. Das nach Satz 2 ermittelte Vorhaltevolumen für ein Land und für ein Kalenderjahr ist auf Leistungsgruppen nach dem Verhältnis der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen derjenigen Krankenhausfälle in dem jeweiligen Land, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und der Summe aller Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Landes rechnerisch aufzuteilen; die für die rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina maßgeblichen Leistungsgruppen bestimmen sich nach § 135e Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und abweichend hiervon beginnend mit dem auf das Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch folgenden Kalenderjahr nach den Regelungen dieser Rechtsverordnung. Das sich nach Satz 3 für eine Leistungsgruppe und für ein Land ergebende Vorhaltevolumen ist auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land, für die Krankenhäusern die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen worden ist, entsprechend dem jeweiligen nach Absatz 2 Satz 2 oder Satz 5 ermittelten Anteil rechnerisch aufzuteilen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 30. September 2025 ein Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land, eine Leistungsgruppe und einen Krankenhausstandort und aktualisiert dieses, soweit dies erforderlich ist; es veröffentlicht dieses Konzept und spätere Aktualisierungen barrierefrei auf seiner Internetseite. Abweichend von Satz 2 erster Halbsatz beläuft sich für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 das Vorhaltevolumen für ein Land jeweils auf den Durchschnitt der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Kalenderjahre 2023 und 2024 jeweils nach Maßgabe des Satzes 7 zu ermittelnden Vorhaltevolumina in dem Land. Für die Ermittlung der Vorhaltevolumina für ein Land für die Kalenderjahre 2023 und 2024 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr zuzuordnen und diese Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr zu addieren. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat das Nähere zur Ermittlung der Vorhaltevolumina für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 in dem nach Satz 5 zu erstellenden Konzept festzulegen.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt auf der Grundlage der für das jeweilige Kalenderjahr und das jeweilige Land nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelten Daten für jeden Krankenhausstandort in diesem Land, dessen Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden und für den die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen wurde, den Anteil des jeweiligen Krankenhausstandorts am Vorhaltevolumen des Landes für die jeweilige Leistungsgruppe, wenn das Krankenhaus, zu dem der jeweilige Krankenhausstandort gehört, für diesen Krankenhausstandort die jeweilige Mindestvorhaltezahle nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes getroffen wurde. Der in Satz 1 genannte Anteil ergibt sich, indem die nach Satz 3 oder Satz 7 zu berücksichtigende Anzahl der Fälle des jeweiligen Krankenhausstandorts, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, mit dem nach Satz 4 zu ermittelnden Durchschnitt seiner Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhalte-Casemixindex) in der jeweiligen Leistungsgruppe multipliziert und das Produkt durch die Summe aller für sämtliche Krankenhausstandorte des jeweiligen Landes in der jeweiligen Leistungsgruppe entsprechend berechneten Produkte geteilt wird. Bei der in Satz 2 genannten Berechnung ist als Anzahl der Fälle eines Krankenhausstandorts zu berücksichtigen

1. die jeweilige Planfallzahl, wenn diese nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 übermittelt wurde,
2. anderenfalls die Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle dieses Krankenhausstandorts, für die für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt wurden, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die Anzahl der von der Leistungsverlagerung betroffenen Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist,

3. abweichend von Nummer 2 die nach § 135f Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegte Mindestvorhaltezahle der jeweiligen Leistungsgruppe, sofern die unter Nummer 2 genannte Anzahl der Fälle niedriger ist als diese Mindestvorhaltezahle und der Krankenhausstandort in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist.

Der Vorhalte-Casemixindex ist aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu ermitteln, indem die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen durch die Anzahl der Fälle dividiert wird; die Vorhaltebewertungsrelationen der Fälle, hinsichtlich derer nach Satz 3 Nummer 2 Leistungsverlagerungen zu berücksichtigen sind, sind bei der Ermittlung des Vorhalte-Casemixindexes der betreffenden Krankenhausstandorte erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen. In dem Fall, dass das jeweilige Krankenhaus in einem Kalenderjahr erstmals Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbringt, ist Satz 2 für die folgenden Kalenderjahre bis zur nächsten nach Satz 7 durchgeführten Ermittlung mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle des dort genannten Produkts das Produkt der nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 übermittelten Planfallzahl und des Durchschnitts der Vorhalte-Casemixindizes der jeweiligen Leistungsgruppe aller betreffenden Krankenhausstandorte im jeweiligen Land tritt. Die Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils nach Satz 2 oder Satz 5 bezogen auf ein Land ist erstmals bis zum 30. November des Kalenderjahres, in dem das jeweilige Land erstmals Daten nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelt, durchzuführen; die Ermittlung ist anschließend bis zum 30. November des übernächsten Kalenderjahres und sodann in einem Abstand von drei Jahren jeweils bis zum 30. November eines Kalenderjahres durchzuführen. Außer bei der erstmaligen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils ist Satz 3 Nummer 2 mit der Maßgabe anzuwenden, dass anstelle der dort genannten Anzahl die bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigte Anzahl der Fälle erneut zu berücksichtigen ist, wenn nicht

1. bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils als Anzahl der Fälle nach Satz 3 Nummer 1 eine Planfallzahl berücksichtigt wurde oder
2. die jeweils aktuellste Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle des betreffenden Krankenhausstandorts, für die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes Leistungsdaten übermittelt wurden, um mehr als 20 Prozent von der bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigten Anzahl der Fälle abweicht, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die Anzahl der von der Leistungsverlagerung betroffenen Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist.

Wenn in einem Kalenderjahr, in dem für ein Land nach Satz 6 keine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils durchzuführen ist, eine Vorgabe nach § 6a Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz erfolgt, ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis 5 genanntes Ereignis in diesem Land eintritt oder nach § 135f Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für eine Leistungsgruppe eine Mindestvorhaltezahle erstmals festgelegt oder geändert wird, ist für die betroffenen Leistungsgruppen für dieses Land und für die an dieses Land angrenzenden Länder für sämtliche Krankenhausstandorte, an denen Leistungen aus den betroffenen Leistungsgruppen erbracht werden, abweichend von Satz 6 eine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils auch in diesem Kalenderjahr durchzuführen.

(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus addiert für jedes Krankenhaus sämtliche für seine Krankenhausstandorte nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina jeweils für das Kalenderjahr 2027 und das Kalenderjahr 2028. Die jeweilige sich nach Satz 1 ergebende Summe ist jeweils von der Summe aller für das Kalenderjahr 2026 vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Krankenhauses abzuziehen und die sich jeweils ergebende Differenz ist für das Kalenderjahr 2027 mit 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2028 mit 33 Prozent zu multiplizieren. Die nach Satz 2 ermittelten Ergebnisse für die Krankenhäuser eines Landes sind von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für jedes Land jeweils für das Kalenderjahr 2027 und das Kalenderjahr 2028 unter Beachtung des Vorzeichens zu saldieren. Für jedes Land ist das jeweilige Vorhaltevolumen bei der Ermittlung nach Absatz 1 Satz 2 für das jeweils folgende Kalenderjahr um den sich nach Satz 3 für das jeweilige Land ergebenden Saldo abzusenken, wenn dieser negativ ist, und um den sich nach Satz 3 für das jeweilige Land ergebenden Saldo zu erhöhen, wenn dieser positiv ist.

(4) Wenn während eines Kalenderjahres in einem Land ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder Nummer 3 genanntes Ereignis eintritt, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für das Folgejahr das Vorhaltevolumen nach Absatz 1 Satz 3 in der betroffenen Leistungsgruppe oder in den betroffenen Leistungsgruppen in dem Land zu erhöhen. Der Umfang der in Satz 1 genannten Erhöhung ergibt sich, indem die Summe der sich nach Absatz 1 Satz 4 ergebenden Vorhaltevolumina für die in Satz 1 genannten Leistungsgruppen der Krankenhausstandorte derjenigen Krankenhäuser, die von dem in Satz 1 genannten Ereignis betroffen sind, durch 365 geteilt und mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem in Satz 1 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist.

(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus stellt bis zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2026 für das Kalenderjahr 2027, durch Bescheid gegenüber dem jeweiligen Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 aufgeteilten Beträge fest. Für das Kalenderjahr 2026 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 10. Dezember 2025 dem Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte eine Information über die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe zu übermitteln, wenn das Land, in dem diese Krankenhausstandorte liegen, im Kalenderjahr 2025 eine in § 6a Absatz 6 Satz 1 genannte Übermittlung vorgenommen hat. Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder Nummer 3 genanntes Ereignis eintritt, ist der Bescheid nach Satz 1 für jeden Krankenhausträger, der von dem Ereignis betroffen ist, mit Wirkung zum Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses in dem durch Satz 4 bestimmten Umfang zu widerrufen. Der Umfang des nach Satz 3 zu widerrufenden Teils des Bescheides nach Satz 1 ergibt sich, indem für den jeweiligen Krankenhausträger die Summe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die betroffenen Leistungsgruppen und die betroffenen Krankenhausstandorte aufgeteilten Vorhaltevolumina und die Summe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 auf die betroffenen Leistungsgruppen und die betroffenen Krankenhausstandorte aufgeteilten Beträge jeweils durch 365 geteilt und jeweils mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem in Satz 3 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jeden Krankenhausträger jeweils unverzüglich nach Erlass eines Bescheides nach Satz 1 sowie nach dem Widerruf eines solchen Bescheides nach Satz 3 die sich hiernach ergebende Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die Krankenhausstandorte dieses Krankenhausträgers aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 auf die Krankenhausstandorte dieses Krankenhausträgers aufgeteilten Förderbeträge barrierefrei auf seiner Internetseite.

§ 38

Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2027, zur Ermittlung der Beträge der Förderung der Wahrnehmung der nach § 6b Satz 1 zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben eine Gesamtsumme in Höhe von 125 Millionen Euro rechnerisch auf die Länder auf. Der auf ein Land nach Satz 1 aufzuteilende Betrag ergibt sich, indem der Anteil des Vorhaltevolumens dieses Landes im jeweiligen Kalenderjahr an der Summe der Vorhaltevolumina aller Länder im jeweiligen Kalenderjahr mit der in Satz 1 genannten Gesamtsumme multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt den nach Satz 1 auf ein Land aufgeteilten Betrag rechnerisch auf die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land auf, denen nach § 6b Satz 1 Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen wurden. Der auf ein Krankenhaus nach Satz 3 aufzuteilende Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe der für seine Krankenhausstandorte nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die Krankenhausstandorte von Krankenhäusern, denen nach § 6b Satz 1 Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen wurden, nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina in dem jeweiligen Land mit dem auf das jeweilige Land nach Satz 1 aufgeteilten Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die nach den Sätzen 1

und 3 aufgeteilten Beträge für jedes Kalenderjahr bis zum 10. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite. Übermittelt die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die in § 6b Satz 7 genannten Angaben nicht innerhalb der dort genannten Frist, ist das jeweilige Land in der Aufteilung nach Satz 1 für das Kalenderjahr, für das die Angaben nicht fristgerecht übermittelt wurden, zwar rechnerisch zu berücksichtigen, der Betrag jedoch nicht nach Satz 3 auf die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land aufzuteilen.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2027, zur Ermittlung eines Betrags der Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken eine Gesamtsumme in Höhe von 75 Millionen Euro rechnerisch auf die in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäuser auf. Der auf ein in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genanntes zugelassenes Krankenhaus nach Satz 1 aufzuteilende Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe der für seine Krankenhausstandorte nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die Krankenhausstandorte von in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäusern nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina mit der in Satz 1 genannten Gesamtsumme multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die auf die Krankenhäuser nach Satz 1 aufgeteilten Beträge für jedes Kalenderjahr bis zum 10. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite.“

14. Folgender Unterabschnitt 3 wird angefügt:

„Unterabschnitt 3

Förderbeträge und Förderung der Spezialisierung

§ 39

Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt bis zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2026 für das Kalenderjahr 2027, auf die Krankenhausstandorte, auf die für mindestens eine Leistungsgruppe, die in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 oder die in der Festlegung nach Absatz 2 Satz 4 einem der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie oder Intensivmedizin zugeordnet wurde, ein nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermitteltes Vorhaltevolumen nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilt wurde, nach Maßgabe der Absätze 2 und 3 die folgenden Beträge rechnerisch auf:

1. Pädiatrie: 288 Millionen Euro,
2. Geburtshilfe: 120 Millionen Euro,
3. Stroke Unit: 35 Millionen Euro,
4. Spezielle Traumatologie: 65 Millionen Euro,
5. Intensivmedizin: 30 Millionen Euro.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 28. Februar 2026 ein Konzept für eine Zuordnung von Leistungsgruppen zu den in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Bereichen. Zur Ermöglichung der in Absatz 1 genannten Aufteilung vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 auf der Grundlage des in Satz 1 genannten Konzepts erstmals bis zum 31. Mai 2026, welche Leistungsgruppen den in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Bereichen jeweils zuzuordnen sind; bei Änderungen der maßgeblichen Leistungsgruppen ist das Konzept innerhalb von einem Monat, die Vereinbarung oder die Festlegung nach Satz 4 innerhalb von zwei Monaten anzupassen; § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. In der Vereinbarung nach Satz 2 ist sicherzustellen, dass

20 Millionen Euro von dem in Absatz 1 Nummer 2 genannten Betrag für Krankenhausstandorte vorgesehen werden, die die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen erfüllen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 oder eine in Satz 2 zweiter Halbsatz genannte Anpassung der Vereinbarung oder der Festlegung ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von einem Monat den Inhalt der Vereinbarung oder der in Satz 2 zweiter Halbsatz genannten Anpassung fest.

(3) Zum Zweck der in Absatz 1 genannten Aufteilung teilt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Beträge auf die in der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 oder in der Festlegung nach Absatz 2 Satz 4 den jeweils zugehörigen Bereichen zugeordneten Leistungsgruppen rechnerisch auf. Der auf eine Leistungsgruppe nach Satz 1 aufzuteilende Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe aller nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 auf diese Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die dem jeweiligen Bereich zugeordneten Leistungsgruppen entsprechend berechneten Summen mit dem in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 für den Bereich, dem die jeweilige Leistungsgruppe zugeordnet wurde, genannten Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jeden nach Satz 1 auf eine Leistungsgruppe aufgeteilten Betrag auf die Länder auf. Der auf ein Land nach Satz 3 aufzuteilende Betrag ergibt sich, indem der Anteil des nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 aufgeteilten Vorhaltevolumens für das jeweilige Land und die jeweilige Leistungsgruppe an der Summe aller entsprechenden Vorhaltevolumina für diese Leistungsgruppe mit dem auf die Leistungsgruppe nach Satz 1 aufgeteilten Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt den auf ein Land und eine Leistungsgruppe nach Satz 3 aufgeteilten Betrag auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land auf; § 37 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

(4) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet für jedes Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2027, und für jede der im jeweiligen Kalenderjahr in der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 oder in der Festlegung nach Absatz 2 Satz 4 einem in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Bereich zugeordnete Leistungsgruppe einen Prozentsatz als Verhältnis des auf diese Leistungsgruppe nach Absatz 3 Satz 1 aufgeteilten Betrags und des Produkts der Summe aller sich aus der Aufteilung nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr ergebenden Vorhaltevolumina für diese Leistungsgruppe und des nach § 10 Absatz 9 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für das dem jeweiligen Kalenderjahr vorausgehende Kalenderjahr berechneten einheitlichen Basisfallwerts.

(5) Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder Nummer 3 genanntes Ereignis eintritt und dieses Ereignis mindestens einen Krankenhausstandort betrifft, auf den nach Absatz 3 Satz 5 für mindestens eine der nach Absatz 2 einem in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Bereich zugeordneten Leistungsgruppen ein Betrag aufgeteilt wurde, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bei der nächsten Aufteilung nach Absatz 1 den auf das jeweilige Land in der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 1 und 3 aufgeteilten Betrag für jede betroffene Leistungsgruppe vor der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 5 in dem nach den Sätzen 2 und 3 berechneten Umfang zu erhöhen. Zur Ermittlung des Umfangs der in Satz 1 genannten Erhöhung ist für jeden der von dem in Satz 1 genannten Ereignis betroffenen Krankenhausstandorte der nach Absatz 3 Satz 5 für das Kalenderjahr des in Satz 1 genannten Ereignisses und die jeweilige Leistungsgruppe auf den jeweiligen Krankenhausstandort aufgeteilte Betrag durch 365 zu teilen und mit der Zahl der Kalendertage zu multiplizieren, die zwischen dem in Satz 1 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Der Umfang der in Satz 1 genannten Erhöhung ergibt sich, indem für jede Leistungsgruppe in dem jeweiligen Land die Summe der nach Satz 2 ermittelten Produkte gebildet wird.

§ 40

Aufgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus hinsichtlich der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte identifiziert in dem in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Operationen- und Prozedurenschlüssel jene chirurgischen Leistungen, die durch Krankenhäuser regelhaft auf Grund einer onkologischen Diagnose erbracht werden, und übermittelt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstmals bis zum 28. Februar 2025 eine Aufstellung der Codes aus dem in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Operationen- und Prozedurenschlüssel, die diesen Leistungen zugrunde liegen, und der Codes aus der in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, die den jeweils zugehörigen Diagnosen zugrunde liegen, auf Grundlage der jeweils für das Jahr 2023 herausgegebenen Fassung des in dem in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Operationen- und Prozedurenschlüssels und der in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten. Im Rahmen der Identifizierung der Leistungen und der Erstellung der in Satz 1 genannten Aufstellung hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte der Deutschen Krebsgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist bei der Identifizierung der Leistungen und bei der Erstellung der in Satz 1 genannten Aufstellung zu berücksichtigen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus definiert Indikationsbereiche für die nach Satz 1 identifizierten Leistungen; im Rahmen der Definition der Indikationsbereiche hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus der Deutschen Krebsgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und die Stellungnahme bei der Definition der Indikationsbereiche zu berücksichtigen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus überführt die in Satz 1 genannte Aufstellung in eine nach den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen und den nach Satz 3 definierten Indikationsbereichen differenzierte Liste und veröffentlicht diese erstmals bis zum 30. April 2025 barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte passt die in Satz 1 genannte Aufstellung auf Grundlage der jeweils aktuellen in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und der jeweils aktuellen Fassung des in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Operationen- und Prozedurenschlüssels an und übermittelt die angepasste Aufstellung jeweils bis zum 15. November eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. November 2026, an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, das die jeweils letzte Fassung der in Satz 4 genannten Liste entsprechend aktualisiert und die aktualisierte Liste bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres barrierefrei auf seiner Internetseite veröffentlicht. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet anhand der in Satz 4 genannten Liste erstmals bis zum 31. Mai 2025 Vorgaben für eine eindeutige Zuordnung von Fällen zu den nach Satz 3 definierten Indikationsbereichen durch die Krankenhäuser und zertifiziert auf dieser Grundlage entwickelte Datenverarbeitungslösungen.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus identifiziert auf Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Kalenderjahr 2023 übermittelten Daten alle Krankenhausstandorte, die in diesem Kalenderjahr Leistungen erbracht haben, denen auf der in Absatz 1 Satz 4 genannten Liste aufgeführte Codes zugrunde liegen, erstellt für jeden der nach Absatz 1 Satz 3 definierten Indikationsbereiche eine Aufstellung dieser Krankenhausstandorte und der Anzahl ihrer Fälle, bei denen diese Leistungen im jeweiligen Indikationsbereich erbracht worden sind, und sortiert diese Aufstellungen jeweils aufsteigend nach der Anzahl der Fälle. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wählt aus jeder der nach Satz 1 erstellten und sortierten Aufstellungen von Krankenhausstandorten die obersten Einträge bis einschließlich zu jenem Eintrag aus, bei dem erstmals die Summe der Anzahl der Fälle und der Anzahl der Fälle aller vorhergehenden Einträge einem Anteil von mindestens 15 Prozent an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung entspricht; sofern die Anzahl der Fälle mehrerer Krankenhausstandorte gleich hoch ist und die Auswahl jedes dieser Krankenhausstandorte dazu führen würde, dass der Anteil von 15 Prozent an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung erreicht oder überschritten würde, sind alle diese Krankenhausstandorte auszuwählen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 31. Mai 2025 eine nach den nach Absatz 1

Satz 3 definierten Indikationsbereichen differenzierte Liste der nach Satz 2 ausgewählten Krankenhausstandorte barrierefrei auf seiner Internetseite und ordnet zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Indikationsbereiche, nach der die Liste zu differenzieren ist, den jeweils nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen zu. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle barrierefrei die nach Satz 3 veröffentlichte Liste.

(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus analysiert auf der Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten die Auswirkungen der Veröffentlichung der in Absatz 2 Satz 3 genannten Liste und des Abrechnungsverbots nach § 8 Absatz 4 Satz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen in den Jahren 2027 bis 2031 und formuliert Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen bis zum 30. Juni 2032 barrierefrei auf seiner Internetseite. Die Kosten, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus durch die Erfüllung seiner Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sowie nach den Sätzen 1 und 2 entstehen, werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 finanziert.“

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 105) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht werden nach der Angabe zu § 6 die folgenden Angaben eingefügt:
 - „§ 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets
 - § 6b Vergütung eines Vorhaltebudgets
 - § 6c Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“.
- 1a. In § 1 Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „Absatz 4 Satz 1“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5“ ersetzt.
2. § 2 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:
 - „2. eine Strahlentherapie, wenn ihre Durchführung durch Dritte medizinisch notwendig ist,“.
 - bb) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.
 - b) In Satz 4 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „die Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan oder die Festlegung im Einzelfall kann durch die Genehmigung des nach § 5 Absatz 3 vereinbarten Zuschlags nach § 14 Absatz 1 Satz 2 ersetzt werden“ eingefügt.
3. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Nummer 3a wird folgende Nummer 3b eingefügt:
 - „3b. ein Vorhaltebudget nach § 6b ab dem Jahr 2027,“.
 - b) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
 - c) Folgende Nummer 6 wird angefügt:
 - „6. ein Gesamtvolumen nach § 6c Absatz 1 Satz 1.“

4. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, im Jahr 2026 einschließlich der sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelationen, und die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.
- b) Absatz 2a wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „ist“ ein Komma und die Wörter „letztmalig für das Jahr 2026,“ eingefügt.
 - bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Abweichend von Satz 1 ist der Fixkostendegressionsabschlag nicht für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen anzuwenden, die auf Grund des Ablaufs der in § 4a Absatz 1 Satz 1 genannten Anwendungsjahre für das Jahr 2025 zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden.“
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Hundert“ die Wörter „und ab dem Jahr 2027 nicht“ eingefügt.
 - bb) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Ab dem Jahr 2027 ist die Vereinbarung eines Ausgleichs für Mindererlöse auch bei Vorliegen der in Satz 5 genannten Voraussetzungen ausgeschlossen.“
 - cc) Im neuen Satz 8 wird die Angabe „1, 2 und 5“ durch die Angabe „1, 2, 5 und 6b“ ersetzt.

5. § 5 wird wie folgt geändert:

- a0) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Eine Vereinbarung nach Satz 1 kann abweichend von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch getroffen werden, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Standort nicht die Anforderungen an die Notfallversorgung nach dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschlossenen gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllt.“
- a) Absatz 2a wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „Ein Krankenhaus, das“ durch die Wörter „Ein Krankenhaus, dessen Standort“ und wird die Angabe „400 000“ durch die Angabe „500 000“ ersetzt, werden nach den Wörtern „hält ein Krankenhaus“ die Wörter „an einem Standort“ eingefügt und wird die Angabe „200 000“ durch die Angabe „250 000“ ersetzt.
 - bb) In Satz 4 werden die Wörter „Ist ein Krankenhaus“ durch die Wörter „Ist ein Krankenhausstandort“ ersetzt.
- b) In Absatz 2b Satz 1 bis 3 und 5 wird die Angabe „2023 und 2024“ jeweils durch die Angabe „2023 bis 2026“ ersetzt.
- c) Absatz 2c wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der nach Satz 1 für das Kalenderjahr 2024, 2025 und 2026 jeweils ermittelte Zuschlag ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden.“
 - bb) In den Sätzen 1, 4 und 7 wird die Angabe „2023 oder 2024“ jeweils durch die Angabe „2023, 2024, 2025 oder 2026“ ersetzt.

- d) Nach Absatz 3i werden die folgenden Absätze 3j bis 3m eingefügt:

„(3j) Krankenhäuser, denen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen worden sind, erheben zur Abrechnung des für sie nach § 38 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Betrags gegenüber Patientinnen und Patienten, die ab dem 1. Januar des auf die jeweilige Zuweisung folgenden Kalenderjahres, erstmals ab dem 1. Januar 2027, zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, oder ihren Kostenträgern einen Zuschlag. Die Höhe des in Satz 1 genannten Zuschlags in einem Kalenderjahr ergibt sich, indem der für dieses Kalenderjahr nach § 38 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Krankenhaus veröffentlichte Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr geteilt wird; die Höhe ist durch den jeweiligen Krankenhausträger zu ermitteln. Weicht die in einem Kalenderjahr abgerechnete Summe der Zuschläge nach Satz 1 von dem für das jeweilige Krankenhaus und das jeweilige Kalenderjahr nach § 38 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Betrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen. Wird für ein in Satz 1 genanntes Krankenhaus kein Betrag nach § 38 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlicht, darf es für das jeweilige Kalenderjahr keinen Zuschlag erheben.

(3k) Zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erheben Krankenhäuser und die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die im jeweiligen Kalenderjahr aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, für die Kalenderjahre 2025 und 2026 einen Zuschlag. Zur Erhebung dieses Zuschlags ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der ihm nach § 21 Absatz 1 und 2 übermittelten Daten für die im Jahr 2023 erbrachten nach Satz 3 maßgeblichen und mit den Bewertungsrelationen für das Kalenderjahr 2024 bewerteten Fälle die Summe der effektiven Bewertungsrelationen; bei der Ermittlung sind die im Katalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgewiesenen bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen für Pflegepersonalkosten nicht zu berücksichtigen. Maßgebliche Fälle sind alle voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus mindestens 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind. Für die Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen multipliziert das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jeweils für die Kalenderjahre 2025 und 2026 die nach Satz 2 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen mit dem nach § 10 Absatz 9 Satz 1 für das dem jeweiligen Kalenderjahr vorausgegangene Kalenderjahr berechneten einheitlichen Basisfallwert und erhöht das sich jeweils ergebende Produkt um den für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 vereinbarten Veränderungswert. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet jeweils einen Prozentsatz für die Kalenderjahre 2025 und 2026 als Verhältnis eines Betrags in Höhe von 300 Millionen Euro und der Summe des jeweiligen nach Satz 4 ermittelten Erlösvolumens und eines Betrags in Höhe von 90 Millionen Euro und veröffentlicht diesen Prozentsatz für das jeweilige Kalenderjahr bis zum 15. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres barrierefrei auf seiner Internetseite. Die nach Satz 5 jeweils berechneten Prozentsätze sind kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden. In den Kalenderjahren 2025 und 2026 berechnen die Krankenhäuser für die nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, jeweils einen Zuschlag in Höhe des nach Satz 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Prozentsatzes auf die im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und die Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b. Die Krankenhäuser haben den Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung auszuweisen. In den Kalenderjahren 2025 und 2026 berechnen die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die im jeweiligen Kalenderjahr aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, für die nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres aufgenommen werden, jeweils einen Zuschlag in Höhe des nach Satz 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Prozentsatzes auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte. Die in Satz 9 genannten Einrichtungen haben den Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung auszuweisen.

(3l) Die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die in einem Kalenderjahr, erstmals in dem Kalenderjahr 2027, aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, berechnen für die nach Absatz 3k Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe des nach Absatz 3k Satz 5 für das Kalenderjahr 2026 ermittelten Prozentsatzes auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte. Die in Satz 1 genannten Einrichtungen haben den Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung auszuweisen.

(3m) Die in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäuser erheben zur Finanzierung ihrer speziellen Vorhaltung gegenüber den Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2027 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, oder ihren Kostenträgern einen Zuschlag. Der Krankenhausträger ermittelt die Höhe des Zuschlags nach Satz 1 in einem Kalenderjahr, indem der für dieses Kalenderjahr vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 38 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Krankenhaus veröffentlichte Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des jeweiligen Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr geteilt wird. Weicht die in einem Kalenderjahr abgerechnete Summe der Zuschläge nach Satz 1 von dem für das jeweilige Krankenhaus und das jeweilige Kalenderjahr nach § 38 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Betrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen.“

6. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2a Satz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „§ 7 Satz 1 Nr. 1 und 2“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt.
- bb) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Höhe“ die Wörter „der Vergütung eines Vorhaltebudgets und“ eingefügt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 5 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt und werden nach dem Wort „Erhöhungsbetrag“ die Wörter „auf Verlangen einer Vertragspartei über das Budget des jeweils laufenden Pflegesatzzeitraums und anderenfalls“ eingefügt.
- bb) In Satz 6 wird die Angabe „§ 4 Abs. 3“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 3 in der am ... [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung“ ersetzt.
- cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Die für das Jahr 2025 zu vereinbarende Erlössumme ist unter Berücksichtigung des nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz vereinbarten Veränderungswerts zu vereinbaren; bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über diese Erlössumme sind bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach Inkrafttreten nach Artikel 7] entsprechend anzupassen.“

7. § 6a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „dies gilt nicht für die in § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“ eingefügt.
- b) Dem Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Zur Förderung von Maßnahmen, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, ist erstmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2025 pauschal eine Höhe von 2,5 Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen; ein Nachweis über die Durchführung und die Kosten der Maßnahmen ist nicht erforderlich.“

Die Sätze 6 bis 8 sind letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2024 anzuwenden.“

- c) In Absatz 5 Satz 2 wird die Angabe „7 und 9“ durch die Angabe „8 und 10“ ersetzt.
8. Nach § 6a werden die folgenden §§ 6b und 6c eingefügt:

„§ 6b

Vergütung eines Vorhaltebudgets

(1) Jedes Krankenhaus erhält ab dem 1. Januar 2027 für jede Leistungsgruppe, die ihm nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für mindestens einen seiner Krankenhausstandorte zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget, wenn das jeweilige Krankenhaus für die betreffenden Krankenhausstandorte die jeweilige Mindestvorhaltezahlnach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach Absatz 2 Satz 1 getroffen wurde. Das Vorhaltebudget für ein Krankenhaus und eine Leistungsgruppe in einem Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten, nach § 39 Absatz 3 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilten Beträge und des Produkts der Summe der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Vorhaltevolumina und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts. Das Gesamtvorhaltebudget für ein Krankenhaus und ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der Vorhaltebudgets dieses Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr für die Leistungsgruppen, die ihm nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für mindestens einen seiner Standorte zugewiesen wurden.

(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann durch Bescheid feststellen, dass die Erbringung von Leistungen aus einer Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus unabhängig von der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe festgelegten Mindestvorhaltezahlnur zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist; § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend. Widerspruch und Klage gegen die Feststellung nach Satz 1 haben keine aufschiebende Wirkung. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde teilt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2026 und anschließend jeweils spätestens zum 31. Oktober eines Kalenderjahres mit, für welche Krankenhausstandorte und für welche Leistungsgruppen für das jeweils nächste Kalenderjahr eine Feststellung nach Satz 1 getroffen wurde.

(3) Der Anspruch des Krankenhauses auf ein Vorhaltebudget nach Absatz 1 Satz 1 ist vorrangig durch die Abrechnung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b und ergänzend nach den Regelungen der Absätze 4 und 5 zu erfüllen.

(4) Wenn die Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b im ersten, im zweiten oder im dritten Quartal eines Kalenderjahres ein Viertel des Gesamtvorhaltebudgets dieses Krankenhauses für dieses Kalenderjahr voraussichtlich jeweils um mindestens 5 Prozent unterschreiten, kann das Krankenhaus verlangen, dass die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b für den Zeitraum der nach dem jeweiligen Quartal verbleibenden Monate dieses Kalenderjahres um einen Zuschlag erhöht werden, dessen Höhe dem Prozentsatz der jeweiligen Unterschreitung entspricht. Das Krankenhaus hat ein Verlangen nach Satz 1

1. bezogen auf das erste Quartal eines Kalenderjahres bis zum 31. März dieses Kalenderjahres,
2. bezogen auf das zweite Quartal eines Kalenderjahres bis zum 30. Juni dieses Kalenderjahres und
3. bezogen auf das dritte Quartal eines Kalenderjahres bis zum 30. September dieses Kalenderjahres

gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, gegenüber dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie gegenüber der für die

Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auf elektronischem Wege anzuzeigen und die voraussichtliche Unterschreitung nach Satz 1 hierbei glaubhaft zu machen; § 14 findet keine Anwendung.

(5) Weicht die Summe der Erlöse eines Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b in einem Kalenderjahr von dem Betrag des Gesamtvorhaltebudgets dieses Krankenhauses für dieses Kalenderjahr ab, gilt ab dem Kalenderjahr 2027 für den Ausgleich dieser Mehr- oder Mindererlöse (Ausgleichsbetrag), dass

1. Mindererlöse, die entstehen, weil das Krankenhaus nach § 275a Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen nicht abrechnen durfte, nicht ausgeglichen werden,
2. Mehrererlöse, die entstehen, weil das Krankenhaus entgegen § 275a Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen abgerechnet hat, vollständig ausgeglichen werden,
3. sonstige Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen werden.

Zur Ermittlung des Ausgleichsbetrags für ein Kalenderjahr bestimmt das Krankenhaus bis zum 28. Februar des jeweils folgenden Kalenderjahres die Summe der abgerechneten oder abzurechnenden Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b für sämtliche Fälle, in denen die Patientin oder der Patient bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres entlassen wurde; noch nicht abgerechnete Entgelte sind vom Krankenhaus sachgerecht zu schätzen. Der nach Satz 2 ermittelte Ausgleichsbetrag wird in einem Zeitraum von zwölf Wochen nach der Erteilung der Genehmigung nach § 14 Absatz 1a durch einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b abgerechnet. Das Krankenhaus übermittelt bis zum 28. Februar des jeweils folgenden Kalenderjahres die nach Satz 2 bestimmte Summe der abgerechneten oder abzurechnenden Entgelte, die Höhe des ermittelten Ausgleichsbetrags, die Höhe des sich hieraus ergebenden prozentualen Zu- oder Abschlags und den in Satz 3 genannten Zeitraum sowie den Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Krankenhaus und das jeweilige Kalenderjahr an die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde auf elektronischem Wege. Spätestens mit endgültiger Berechnung des Ausgleichs nach § 4 Absatz 3 wird auch der Ausgleich nach den Sätzen 1 bis 3 endgültig vereinbart. Zur Ermittlung der in Satz 1 genannten Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eine von einem Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b vorzulegen.

(6) Die Vertragsparteien nach § 11 ermitteln für das jeweilige Krankenhaus und für jedes der Kalenderjahre 2027 und 2028 einen Konvergenzbetrag nach Maßgabe der Sätze 2 bis 4. Der Konvergenzbetrag beträgt unter Beachtung des jeweiligen Vorzeichens für das Kalenderjahr 2027 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2028 33 Prozent der Differenz zwischen dem in Satz 3 genannten Ausgangswert und dem in Satz 4 genannten Zielwert. Der Ausgangswert für ein Kalenderjahr ergibt sich als Produkt der Summe der für das Kalenderjahr 2026 für das jeweilige Krankenhaus vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts. Der Zielwert für das jeweilige Kalenderjahr ist das für das jeweilige Kalenderjahr nach Absatz 1 Satz 3 ermittelte Gesamtvorhaltebudget des jeweiligen Krankenhauses abzüglich der Summe aller in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten, nach § 39 Absatz 3 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilten Beträge. Der nach Satz 1 ermittelte Konvergenzbetrag wird jeweils über einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b abgerechnet. Spätestens mit endgültiger Berechnung des Ausgleichs nach § 4 Absatz 3 wird auch der Ausgleich nach den Sätzen 1 bis 5 endgültig vereinbart. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse, die sich aus der jeweiligen in Satz 2 genannten Differenz zwischen dem jeweiligen Ausgangswert und dem jeweiligen Zielwert ergeben, hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 11 eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b vorzulegen.

§ 6c

Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für die nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten stationären Leistungen einer in § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung unter Beachtung des Versorgungsauftrags dieser sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, der Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 ein finanzielles Gesamtvolumen (Gesamtvolumen); § 18 Absatz 1 Satz 2 bis 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt für diese Vereinbarung entsprechend. Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren in der Vereinbarung nach Satz 1 insbesondere

1. Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen,
 - 1a. die Höhe des Gesamtvolumens,
2. ein krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die ärztlichen Leistungen erbringt, und dessen Degression,
3. ein verringertes krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden, und dessen Degression,
4. weitere krankenhausindividuelle Tagesentgelte mit Degression, soweit dies für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist, einschließlich eines krankenhausindividuellen Tagesentgelts mit Degression für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen teils durch die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und teils durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden,
5. die sachgerechte Aufteilung des Gesamtvolumens auf die in den Nummern 2 bis 4 genannten Tagesentgelte,
6. die Höhe der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und den Anteil dieser Pflegepersonalkosten an dem Gesamtvolumen sowie
7. die Mehr- und Mindererlösausgleiche nach Absatz 5.

Die Vereinbarung nach Satz 1 ist für ein zukünftiges Kalenderjahr zu schließen, wenn der Krankenhausstandort ganzjährig betrieben wird, und kann mehrere Kalenderjahre umfassen; § 11 Absatz 1 Satz 3 und 4 erster Halbsatz gilt entsprechend. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist schriftlich oder elektronisch abzuschließen und unter Verwendung der nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbarten vorzulegenden Unterlagen auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren. Die Vertragsparteien nehmen die Verhandlung über eine Vereinbarung nach Satz 1 unverzüglich auf, nachdem eine Vertragspartei sie dazu schriftlich oder elektronisch aufgefordert hat. Die Verhandlung soll so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Gesamtvolumen und die neuen krankenhausindividuellen Tagesentgelte mit Ablauf des Kalenderjahres, das dem Kalenderjahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können; die Verhandlung ist innerhalb von sechs Wochen nach der in Satz 5 genannten Aufforderung abzuschließen.

(2) Das Gesamtvolumen ist von den Vertragsparteien nach § 11 sachgerecht zu kalkulieren. Bei der Kalkulation des Gesamtvolumens sind Art und Menge der in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 genannten voraussichtlich zu erbringenden Leistungen der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung und die Kosten, die diesen Leistungen zuzuordnen sind, einschließlich der in Satz 4 genannten Pflegepersonalkosten sowie der Kosten für das stationäre Case-Management und die Patientensteuerung zu berücksichtigen. Die in Satz 2 genannten Leistungen und deren Kosten der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung sind von anderen Leistungen und deren Kosten der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, die anderweitig finanziert werden, abzugrenzen. Die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind auf der Grundlage der Summe der im jeweiligen vorhergehenden Kalenderjahr entstandenen Pflegepersonalkosten, die der bundeseinheitlichen Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und den Regelungen für die Zuordnung von Kosten von

Pflegepersonal entsprechen, die nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr vereinbart wurden, für das die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 gelten soll, und unter Berücksichtigung der für das jeweilige Kalenderjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem jeweiligen vorhergehenden Kalenderjahr, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung, zu ermitteln und vollständig im Gesamtvolumen zu berücksichtigen. Zu- und Abschläge sind gemäß den Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 bei der Kalkulation des Gesamtvolumens erhöhend oder mindernd zu berücksichtigen. Weichen in einem Kalenderjahr die tatsächlichen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den nach Satz 4 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens für das auf dieses Kalenderjahr folgende Kalenderjahr zu berücksichtigen.

(3) Die nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausesindividuellen Tagesentgelte und die in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelte sind für den Tag zu erheben, an dem die Behandlung erbracht wurde. Bei Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung stationär behandelt werden (Überlieger), werden die Erlöse aus den in Satz 1 genannten Tagesentgelten tagesbezogen dem jeweiligen Kalenderjahr zugeordnet, in dem die durch das jeweilige Tagesentgelt vergütete Behandlung erbracht wurde. Für das Gesamtvolumen gilt § 4 Absatz 4 entsprechend. Das Gesamtvolumen für ein Kalenderjahr darf den Betrag, der sich ergibt, wenn das Gesamtvolumen des diesem Kalenderjahr vorangegangenen Kalenderjahres um den nach § 9 Absatz 1b Satz 1 erster Halbsatz für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten Veränderungswert erhöht wird, nur überschreiten, soweit diese Überschreitung durch eine Steigerung der nach Absatz 2 Satz 4 ermittelten Pflegepersonalkosten bedingt ist oder durch Veränderungen von der nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarenden Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen bedingt ist. Wird für ein Kalenderjahr eine Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist das Gesamtvolumen dieses Kalenderjahres um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrates zu erhöhen; für diese Erhöhung des Gesamtvolumens gilt keine Begrenzung durch den nach § 9 Absatz 1b Satz 1 erster Halbsatz vereinbarten Veränderungswert.

(4) Krankenhäuser dürfen für die von ihren sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbrachten voll- und teilstationären Leistungen ausschließlich die nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausesindividuellen Tagesentgelte oder die in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelte abrechnen.

(5) Weicht die Summe der auf ein Kalenderjahr entfallenden Erlöse der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung aus den nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausesindividuellen Tagesentgelten von dem für dieses Kalenderjahr vereinbarten Gesamtvolumen ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse wie folgt ausgeglichen:

1. Mehr oder- Mindererlöse, soweit sie den nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 vereinbarten Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zuzuordnen sind, werden vollständig ausgeglichen,
2. andere Mindererlöse werden zu 40 Prozent ausgeglichen,
3. andere Mehrerlöse werden zu 65 Prozent ausgeglichen.

Für den Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse sind die Erlöse der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung aus den nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausesindividuellen Tagesentgelten den Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gemäß ihrem nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 vereinbarten Anteil am Gesamtvolumen zuzuordnen. Der nach den Sätzen 1 und 2 auszugleichende Betrag ist im Rahmen der jeweils nächstmöglichen Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 durch eine entsprechende Erhöhung oder Absenkung des Gesamtvolumens auszugleichen. Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung bisheriger krankenhausesindividueller Tagesentgelte nach Absatz 7 Satz 3 oder vorläufiger Tagesentgelte nach Absatz 7 Satz 4 sind vollständig im verbleibenden Kalenderjahr auszugleichen, indem sie bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens erhöhend oder absenkend berücksichtigt werden. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse für ein Kalenderjahr hat der Krankenhausträger der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung nach Ablauf dieses Kalenderjahres für dieses Kalenderjahr eine von einem Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den nach

Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder den in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelten sowie über die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vorzulegen.

(6) Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung des Gesamtvolumens nach Absatz 1 Satz 1 für das laufende Kalenderjahr zugrunde gelegten Annahmen das Gesamtvolumen, einschließlich der weiteren nach Absatz 1 Satz 2 in der Vereinbarung zu vereinbarenden Inhalte, für dieses laufende Kalenderjahr neu nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass in bestimmten Fällen das Gesamtvolumen, einschließlich der weiteren nach Absatz 1 Satz 2 in der Vereinbarung zu vereinbarenden Inhalte, abweichend von Satz 1 nur teilweise neu zu vereinbaren ist. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Gesamtvolumen ist vollständig im verbleibenden Kalenderjahr auszugleichen, indem er nach der Vereinbarung des neuen Gesamtvolumens durch die Vertragsparteien festgestellt wird und über eine Erhöhung oder Absenkung des neuen Gesamtvolumens berücksichtigt wird.

(7) Krankenhäuser rechnen für ihre sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die für ein Kalenderjahr nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte vom Beginn dieses Kalenderjahres an ab. Wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 erst nach dem Beginn eines Kalenderjahres genehmigt, rechnet das Krankenhaus für seine sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die krankenhausindividuellen Tagesentgelte ab dem ersten Tag des Kalendermonats ab, der auf die Genehmigung folgt, soweit in dieser Vereinbarung oder in der von der Schiedsstelle anstelle oder teilweise anstelle dieser Vereinbarung nach § 18 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Entscheidung kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist. Bis zu dem nach Satz 2 maßgeblichen Zeitpunkt rechnet das Krankenhaus für seine sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die für das vorangegangene Kalenderjahr vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte weiter ab. Bis zu dem Zeitpunkt, zu dem erstmals krankenhausindividuelle Tagesentgelte nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbart und genehmigt werden, rechnet das Krankenhaus für seine sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbarten vorläufigen Tagesentgelte ab. Wird ein Krankenhausstandort erstmals nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt, kann das Krankenhaus für diese sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung krankenhausindividuelle Tagesentgelte oder vorläufige Tagesentgelte erstmals ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, das dem Kalenderjahr folgt, in dem die Bestimmung erfolgte, abrechnen.“

9. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 6a wird folgende Nummer 6b eingefügt:

„6b. ab 2027 eine Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 6b,“.

bb) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

cc) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarte krankenhausindividuelle Tagesentgelte oder in § 6c Absatz 7 Satz 4 genannte vorläufige Tagesentgelte.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Höhe der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 wird nach den folgenden Sätzen ermittelt. Die Höhe der Fallpauschalen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ergibt sich, indem die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog einschließlich der Regelungen zur Grenzverweildauer und zu Verlegungen ergebende Bewertungsrelation (effektive Bewertungsrelation) mit dem Landesbasisfallwert multipliziert wird. Im Jahr 2026 umfasst die effektive Bewertungsrelation auch die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation. Die Höhe der Zusatzentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ergibt sich bundeseinheitlich aus dem Entgeltkatalog. Zusatzentgelte, fall- oder tagesbezogene Entgelte und tagesbezogene Pflegeentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, 5, 6 und 6a sind in der nach den §§ 6 und 6a krankenhausindividuell vereinbarten Höhe abzurechnen. Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 werden

krankenhausindividuell vereinbart; die Höhe des Zuschlags nach § 6b Absatz 4 Satz 1 entspricht dem Prozentsatz der jeweiligen Unterschreitung. Die Höhe der Vergütung des Vorhaltebudgets nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b ergibt sich, indem die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation mit dem Landesbasisfallwert multipliziert wird. Im Fall des § 6b Absatz 4 Satz 1 werden die Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b für den Zeitraum der nach dem jeweiligen Quartal verbleibenden Monate des betreffenden Kalenderjahres um einen Zuschlag erhöht, dessen Höhe dem Prozentsatz der jeweiligen Unterschreitung entspricht. Abweichend von Satz 7 erster Halbsatz sind für die Ermittlung der Vergütung des Vorhaltebudgets nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b hinsichtlich derjenigen Krankenhausstandorte, auf die ein Betrag nach § 39 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilt wurde, für die Fälle, in denen Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbracht wurden, die dem für diese Aufteilung maßgeblichen Bereich nach § 39 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugeordnet wurden, die nach § 17b Absatz 4b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erhöhten Vorhaltebewertungsrelationen mit dem Landesbasisfallwert zu multiplizieren. Tagesentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 werden unter Berücksichtigung der für sie geltenden Degression tagesbezogen berechnet.“

- bb) Im neuen Satz 11 werden die Wörter „vereinbarten Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3“ durch die Wörter „nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 10 vereinbarten Abrechnungsbestimmungen“ ersetzt.

10. § 8 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. bei Bundeswehrkrankenhäusern aus der in § 108 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Bestimmung,“.

- bb) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4.

- b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Fallpauschalen“ die Wörter „sowie die Vergütung eines Vorhaltebudgets“ eingefügt.

- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 3 wird die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.

- bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Ab dem 1. Januar 2027 dürfen Entgelte nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe berechnet werden, die einem Krankenhaus nicht nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten. Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b dürfen ab dem 1. Januar 2027 nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe berechnet werden, wenn das jeweilige Krankenhaus für diese Leistungsgruppe die Mindestvorhaltezahle im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde keine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 getroffen hat. Ab dem 1. Januar 2027 dürfen für Krankenhausstandorte, die in der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste genannt sind, für einem nach § 40 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes definierten Indikationsbereich zugeordnete Fälle Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 nicht berechnet werden; für die Zuordnung von Fällen zu diesen Indikationsbereichen haben die Krankenhäuser ausschließlich nach § 40 Absatz 1 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zu verwenden.“

- d) In Absatz 6 werden die Wörter „einer Fallpauschale“ durch die Wörter „einem Entgelt“ und die Wörter „die Fallpauschale“ durch die Wörter „das Entgelt“ ersetzt.

- e) In Absatz 8 Satz 2 werden nach dem Wort „Entgelte“ die Wörter „oder die voraussichtlich abzurechnenden krankenhausindividuellen oder vorläufigen Tagesentgelte“ eingefügt.

- f) Folgender Absatz 12 wird angefügt:

„(12) Ab dem 1. Januar 2027 ist für ein Krankenhaus, dem für mindestens einen seiner Krankenhausstandorte nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr mindestens eine Leistungsgruppe zugewiesen wurde, die in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Vereinbarung nach § 39 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Festlegung nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes dem Bereich Pädiatrie zugeordnet ist, für Fälle, die auf Basis einer für das jeweilige Kalenderjahr geltenden nach § 21 Absatz 3c zertifizierten Datenverarbeitungslösung einer dieser Leistungsgruppen zuzuordnen sind, die Erhebung von Abschlägen von der Fallpauschale bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer ausgeschlossen unabhängig davon, ob für die entsprechende Fallpauschale in dem für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Fallpauschalen-Katalog und den nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Regelungen ein Abschlag bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer für die jeweilige Fallpauschale vorgesehen ist.“

11. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

- bb) Folgende Nummer 10 wird angefügt:

„10. innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen einer Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, in dem in § 115g Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Fall, nach der dort genannten Festlegung nähere Einzelheiten, insbesondere

- a) zur Verhandlung des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarenden Gesamtvolumens,
- b) zu den nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelten, einschließlich deren Degression,
- c) zu der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zu vereinbarenden sachgerechten Aufteilung,
- d) zu den nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 6 und 7 zu vereinbarenden Inhalten,
- e) zu den vom Krankenhaus zur Vorbereitung der in Buchstabe a genannten Verhandlung vorzulegenden Unterlagen,
- f) zu den wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der nach § 6c Absatz 2 Satz 2 zu berücksichtigenden Kosten einschließlich der bei der Kalkulation des Gesamtvolumens nach § 6c Absatz 2 Satz 1 zu berücksichtigenden Zu- und Abschläge,
- g) zu einer einheitlichen Form der Dokumentation der Höhe des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarenden Gesamtvolumens, der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelte, der nach § 6c Absatz 2 Satz 2 zu berücksichtigenden Kosten und der in Buchstabe f genannten wesentlichen Rechengrößen,
- h) Regelungen zur unterjährigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen,
- i) vorläufige Tagesentgelte und deren Degression sowie
- j) Abrechnungsbestimmungen für die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelte und für die in Buchstabe i genannten vorläufigen Tagesentgelte.“

- b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) Der Nummer 5 werden die Wörter „ab dem Jahr 2027 sind die Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung jährlich um 33 Millionen Euro zu erhöhen;“ angefügt.

bb) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. jährlich zum 30. Juni eine Liste der Krankenhausstandorte, der Kinderkrankenhausstandorte und der Krankenhausstandorte mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen; eine Aufnahme in die Liste ist abweichend von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzusehen, auch wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Standort nicht die Anforderungen an die Notfallversorgung nach dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschlossenen gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllt, wobei die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum ... [einsetzen: Datum vier Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] eine Erweiterung der für das Kalenderjahr 2025 bereits vereinbarten Liste mit Krankenhausstandorten zu prüfen und bei Bedarf vorzunehmen haben;“.

c) In Absatz 1b Satz 1 werden die Wörter „die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen“ durch die Wörter „der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren; für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] entsprechend neu zu vereinbaren“ ersetzt.

d) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „eine Entscheidung zu Absatz 1b Satz 1 hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres zu treffen“ durch die Wörter „eine Entscheidung über den nach Absatz 1b Satz 1 bis zum 31. Oktober eines Jahres zu vereinbarenden Veränderungswert hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres und eine Entscheidung über den nach Absatz 1b Satz 1 bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] neu zu vereinbarenden Veränderungswert hat die Schiedsstelle bis zum ... [einsetzen: Datum vier Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] zu treffen“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Kommt eine Vereinbarung der Erhöhungsrate und der anteiligen Erhöhungsrate nach Absatz 1 Nummer 7 nicht in der in § 10 Absatz 5 Satz 4 genannten Frist zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab Antragstellung über die Erhöhungsrate und die anteilige Erhöhungsrate.“

12. § 10 wird wie folgt geändert:

a0) In Absatz 1 Satz 7 werden nach der Angabe „§ 6a“ ein Komma und die Wörter „aus § 17b Absatz 4b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 6b, aus § 6c oder aus § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

a) In Absatz 4 Satz 4 werden nach der Angabe „§ 6a“ ein Komma und die Wörter „des Vorhaltebudgets nach § 6b, der Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 6c und der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „100 Prozent“ gestrichen und die Angabe „50 Prozent“ durch die Angabe „100 Prozent“ ersetzt.

cc) In Satz 3 werden im Satzteil nach der Aufzählung die Wörter „für den Bereich nach Nummer 1“ durch das Wort „jeweils“ ersetzt und die Wörter „und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen und Einmalzahlungen“ gestrichen.

dd) Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 haben die Vereinbarung der Erhöhungsrate und der anteiligen Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 jeweils für das laufende Kalenderjahr innerhalb von vier Wochen nach Wirksamwerden einer nach Satz 3 maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarung zu treffen; die Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist in Höhe des Unterschieds zwischen dem in § 9 Absatz 1b Satz 1 genannten Veränderungswert und der in Satz 3 genannten Tarifraten zu vereinbaren. Zusätzlich haben die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 bis zum ... [einsetzen: Datum vier Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] eine Vereinbarung der Erhöhungsrate und der anteiligen Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 zu treffen; die Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist in Höhe des Unterschieds zwischen dem nach § 9 Absatz 1b Satz 1 für das Jahr 2024 vereinbarten Veränderungswert und der in Satz 3 genannten Tarifraten, die unter Beachtung der im Jahr 2024 wirksam gewordenen maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarungen zu ermitteln ist, zu vereinbaren.“

ee) Folgender Satz wird angefügt:

„Abweichend von Satz 7 ist der Basisfallwert, sofern er bereits vereinbart oder festgesetzt ist, auf Verlangen einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartei auf Landesebene während eines laufenden Kalenderjahres unverzüglich unter Berücksichtigung der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarten anteiligen Erhöhungsrate und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung neu zu vereinbaren.“

c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Erhebungen werden jährlich vom Statistischen Bundesamt durchgeführt. Der Berichtszeitraum umfasst die zweite Hälfte des Vorjahres und die erste Hälfte des laufenden Jahres. Die Krankenhäuser nach § 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der in den §§ 3 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser, soweit sie zu den Krankenhäusern nach § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gehören, mit Ausnahme der Krankenhäuser, deren Träger der Bund ist, der Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag sowie reiner Tages- und Nachtkliniken, sind verpflichtet, dem Statistischen Bundesamt für die Zwecke nach Satz 1 Daten zu übermitteln. Soweit es zur Gewinnung von Informationen zur Bestimmung des Orientierungswertes erforderlich ist, darf das Statistische Bundesamt die erhobenen Daten mit den nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 genannten Daten zusammenführen.“

bb) Im neuen Satz 7 wird das Wort „ermitteln“ durch das Wort „vereinbaren“ ersetzt und werden die Wörter „die Differenz zwischen beiden Werten und vereinbaren“ gestrichen.

d) In Absatz 10 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „der bis zum 30. November 2024 zu schließende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung bis zum ... [einsetzen: Datum sechs Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] neu zu vereinbaren“ eingefügt.

13. § 11 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§§ 3 bis 6a“ durch die Angabe „§§ 3 bis 6b“ ersetzt, werden die Wörter „Prüfergebnisse nach § 275d“ durch die Wörter „Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt und werden die Wörter „und die Mehr- und Mindererlösausgleiche“ durch ein Komma und die Wörter „die Mehr- und Mindererlösausgleiche und den nach § 6b Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 Satz 6 vorzunehmenden Ausgleich des Vorhaltebudgets“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Verhandlung soll so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Erlösbudget, das neue Pflegebudget und die neuen Entgelte mit Ablauf des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können; die Verhandlung ist innerhalb von sechs Wochen nach der in Satz 1 genannten Aufforderung einer Vertragspartei abzuschließen.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Das für das Jahr 2025 zu vereinbarende Erlösbudget ist unter Berücksichtigung des nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz vereinbarten Veränderungswerts zu vereinbaren; bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über dieses Erlösbudget sind bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach Inkrafttreten nach Artikel 7] entsprechend anzupassen.“

14. In § 12 Satz 1 werden die Wörter „oder über“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Entgelte“ die Wörter „oder über die Höhe des Gesamtvolumens und der krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ eingefügt.

15. In § 13 Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Vereinbarung nach“ die Wörter „§ 6c Absatz 1 Satz 1,“ eingefügt.

16. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 6a“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Abschläge“ die Wörter „und des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 vereinbarten Gesamtvolumens und der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ eingefügt.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Bei der zuständigen Landesbehörde ist zu beantragen

1. die Genehmigung des Ausgleichsbetrags nach § 6b Absatz 5 Satz 1 vom Krankenhausträger sowie
2. die Genehmigung des Konvergenzbetrags nach § 6b Absatz 6 Satz 1 von einer der Vertragsparteien.

Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung, wenn die Vereinbarung oder Festsetzung den Vorschriften dieses Gesetzes sowie sonstigem Recht entspricht. Die zuständige Landesbehörde entscheidet jeweils innerhalb von 14 Tagen nach Eingang über die in Satz 1 genannten Anträge.“

17. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für die in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen im Sinne des § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch Belegärzte behandelten Belegpatienten gelten die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 vereinbarten verringerten krankenhausindividuellen Tagesentgelte; die erbrachten belegärztlichen Leistungen werden nach § 121 Absatz 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet.“

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen im Sinne des § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Belegbetten, die nach § 121 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von diesen Belegärzten behandelten Belegpatienten die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte ab.“

18. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

„d) Summe der vereinbarten und abgerechneten DRG-Fälle, der vereinbarten und abgerechneten Summe der Bewertungsrelationen des Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlöskatalogs sowie der Ausgleichsbeträge nach § 5 Absatz 4 und § 6b Absatz 5 Satz 1 und der Zahlungen zum Ausgleich der Abweichungen zwischen

den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2, die Summe der vereinbarten und abgerechneten Fälle, die mit in § 6c Absatz 1 Satz 2 genannten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder in § 6c Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelten abgerechnet werden und der nach § 6c Absatz 5 Satz 1 ermittelten Ausgleichsbeträge, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr; in den Kalenderjahren 2026 und 2027 zusätzlich die Summe der vereinbarten und abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen sowie ab dem Kalenderjahr 2028 zusätzlich die abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr,“.

- bbb) In Buchstabe g werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten“ jeweils durch die Wörter „nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen“ ersetzt.
- bb) In Nummer 2 Buchstabe i werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannte“ durch die Wörter „nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebliche“ und die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten“ durch die Wörter „nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird nach der Angabe „a bis c,“ die Angabe „e, f und“ eingefügt.
- c) Absatz 3b wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Entgeltsysteme“ die Wörter „sowie für Zwecke der Krankenhausplanung“ eingefügt.
 - bb) In Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „die Datenstelle übermittelt die geprüften landesbezogenen Daten nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 Buchstabe b, d bis g und i innerhalb von zwölf Wochen nach Ablauf der jeweiligen in Satz 1 genannten Frist an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde“ eingefügt.
- d) Absatz 3d wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „erforderlich ist“ durch die Wörter „geeignet und notwendig ist und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen die Notwendigkeit glaubhaft dargelegt hat“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 wird das Wort „barrierefrei“ gestrichen und werden die Wörter „die in Satz 1 genannten Daten sowie die Auswertung“ durch die Wörter „die Auswertungen“ ersetzt.
- e) Nach Absatz 3d wird folgender Absatz 3e eingefügt:

„(3e) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wertet die an die von ihm geführte Datenstelle nach den Absätzen 1 und 3b übermittelten Daten in der jeweils aktuellen Fassung aus, soweit dies nach Abstimmung mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen für die Erfüllung eines nach § 135f Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erteilten Auftrags geeignet und notwendig ist und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Notwendigkeit glaubhaft dargelegt hat. Die Datenstelle übermittelt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die in Satz 1 genannten Daten für die Auswertungen nach Satz 1. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Auswertungen nach Satz 1.“
- f) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Wörter „und für die Zwecke der Personalbemessung“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „2 bis 5“ durch die Angabe „2 bis 5 erster Halbsatz“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:

„2. eine Strahlentherapie, wenn ihre Durchführung durch Dritte medizinisch notwendig ist,“.
 - b) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.
2. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „55 Prozent“ durch die Angabe „75 Prozent“ ersetzt.
 - b) Dem Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Alternativ zu der in Absatz 4 Satz 1 genannten Berichtigung kann das Krankenhaus ab dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes für den ab diesem Tag verbleibenden Teil des jeweiligen Kalenderjahres einen erhöhten Basisentgeltwert bei der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte zugrunde legen. Der erhöhte Basisentgeltwert ergibt sich aus der Summe des nach Satz 1 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Basisentgeltwerts und dem Produkt aus 75 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen und dem Quotienten aus 365 und der Anzahl der Kalendertage zwischen dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Ende des jeweiligen Kalenderjahres.“
3. In § 8 Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.
4. § 9 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Nummer 5 werden die Wörter „die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch um 40 Prozent dieser Differenz zu erhöhen“ durch die Wörter „der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren; für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] entsprechend neu zu vereinbaren“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „eine Entscheidung zu Absatz 1 Nummer 5 hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres zu treffen“ durch die Wörter „eine Entscheidung über den nach Absatz 1 Nummer 5 bis zum 31. Oktober eines Jahres zu vereinbarenden Veränderungswert hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres und eine Entscheidung über den nach Absatz 1 Nummer 5 bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] neu zu vereinbarenden Veränderungswert hat die Schiedsstelle bis zum ... [einsetzen: Datum vier Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] zu treffen“ ersetzt.
5. § 11 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Prüfergebnisse nach § 275d“ durch die Wörter „Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.

- b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Das für das Jahr 2025 zu vereinbarende Budget ist unter Berücksichtigung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 zweiter Halbsatz zu vereinbaren; bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über dieses Budget sind bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach Inkrafttreten nach Artikel 7] entsprechend anzupassen.“

Artikel 4a

Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „auch nach dem 31. Juli 2017“ durch die Wörter „bis zum 31. Dezember 2025“ ersetzt.
2. § 14 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird die Angabe „31. Dezember 2024“ durch die Angabe „31. Dezember 2025“ ersetzt.
 - b) Satz 2 wird aufgehoben.

Artikel 5

Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

§ 4 Absatz 6 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 7. April 2021 (BAnz AT 08.04.2021 V1), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 8. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 356) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 5a

Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung

In § 2 Absatz 3 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 9. November 2020 (BGBl. I S. 2357), die zuletzt durch Artikel 8z5 des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, werden die Wörter „§ 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geschlossen wurde und die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist“ durch die Wörter „§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

Artikel 5b

Änderung der Pflegepersonalbemessungsverordnung

In § 2 Absatz 5 der Pflegepersonalbemessungsverordnung vom 12. Juni 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 188) werden die Wörter „§ 2 der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zwischen dem GKV-Spitzenverband KdÖR, Berlin,

und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin, vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft* veröffentlicht ist“ durch die Wörter „§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

§ 187 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1750, 3245), das zuletzt durch Artikel 25 des Gesetzes vom 15. Juli 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 236) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 9 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 2 werden die Wörter „§ 14 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe a“ gestrichen.
 - bb) In Nummer 3 werden nach den Wörtern „§ 11 Absatz 1 Nummer 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung“ die Wörter „oder nach § 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt und wird die Angabe „nach § 15“ durch die Wörter „auf der Grundlage“ ersetzt.
 - cc) In Nummer 4 wird die Angabe „31. Dezember 2027“ durch die Angabe „31. Dezember 2038“ ersetzt.
 - b) In Satz 2 werden die Wörter „Ein Zusammenschluss“ durch die Wörter „Werden Zusammenschlüsse im Krankenhausbereich beim Bundeskartellamt nach § 39 Absatz 1 angemeldet, ist das Bundeskartellamt darüber zu informieren, inwieweit ein Antrag auf Förderung aus den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds oder des Transformationsfonds gestellt wurde; ein Zusammenschluss“ ersetzt.
 - c) Folgender Satz wird angefügt:

„Diese Regelung ist anzuwenden auf Zusammenschlüsse, die ab dem 1. Januar 2031 vollzogen werden.“
2. Nach Absatz 9 wird folgender Absatz 10 eingefügt:

„(10) Die §§ 35 bis 41 sind nicht anzuwenden auf einen Zusammenschluss im Krankenhausbereich, sofern

 1. der Zusammenschluss eine standortübergreifende Konzentration von mehreren Krankenhäusern im Sinne des § 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder einzelnen Fachrichtungen solcher Krankenhäuser zum Gegenstand hat,
 2. die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden der Bundesländer, in denen die am Zusammenschluss beteiligten Krankenhäuser oder einzelnen Fachrichtungen solcher Krankenhäuser belegen sind, – im Falle der Zuständigkeit mehrerer Landesbehörden einvernehmlich – schriftlich bestätigen, dass sie den Zusammenschluss zur Verbesserung der Krankenhausversorgung für erforderlich halten und dem Zusammenschluss nach vorliegenden Erkenntnissen keine anderen wettbewerbsrechtlichen Vorschriften entgegenstehen,
 3. der Zusammenschluss bis zum 31. Dezember 2030 vollzogen wird.

Anträge auf schriftliche Bestätigung nach Satz 1 Nummer 2 sind unverzüglich durch die zuständigen Landesministerien auf ihren Internetseiten unter Nennung der Zusammenschlussbeteiligten zu veröffentlichen. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden der Bundesländer setzen sich mit dem Bundeskartellamt vor einer Bestätigung nach Satz 1 Nummer 2 ins Benehmen. Über den Antrag nach Satz 1 Nummer 2 darf nicht vor Ablauf von einem Monat nach der Veröffentlichung entschieden werden. Eine Anmeldung eines Zusammenschlusses im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 und 3 ist beim Bundeskartellamt nach § 39 Absatz 1 erst dann zulässig, wenn die Zusammenschlussparteien gegenüber dem Bundeskartellamt

nachweisen, dass ihr Antrag auf schriftliche Bestätigung nach Satz 1 Nummer 2 durch die zuständigen Landesbehörden abgelehnt oder nicht innerhalb von zwei Monaten beschieden wurde. Das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz berichtet auf Grundlage einer Stellungnahme der Monopolkommission den gesetzgebenden Körperschaften spätestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen in den Sätzen 1 bis 4 über die Erfahrungen mit dieser Vorschrift. Für Datenanforderungen des Bundesministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz und der Monopolkommission zur Evaluierung im Sinne dieses Absatzes ist § 21 Absatz 3 Satz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden, soweit die Krankenhäuser von einem Zusammenschluss im Sinne des Satzes 1 betroffen sind. § 21 Absatz 3 Satz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes findet insofern keine Anwendung. Für die Zwecke der Evaluierung und zur Untersuchung der Auswirkungen dieser Regelungen auf die Wettbewerbsverhältnisse und die Krankenhausversorgung können Daten aus der amtlichen Krankenhausstatistik zusammengeführt werden.“

3. Der bisherige Absatz 10 wird Absatz 11.
4. Der bisherige Absatz 11 wird Absatz 12.

Artikel 6a

Änderung des MDK-Reformgesetzes

Artikel 14 des MDK-Reformgesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789), das durch Artikel 8 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Artikel 14

Evaluierung

Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2026 auf der Grundlage des Berichts nach § 17c Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung. Der Bericht hat insbesondere die finanziellen und strukturellen Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Prüfungen zu der Erfüllung der in § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Strukturmerkmale sowie der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes darzustellen.“

Artikel 7

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Anhang
(zu Artikel 1 Nummer 25)

Anlage 1
(zu § 135e)

Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche				Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation		Verfügbarkeit
1	Allgemeinere Innere Medizin	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Röntgen, Elektrokardiographie (EKG), Sonographiegerät, Basislabor jederzeit, Computertomographie (CT) jederzeit mindestens in Kooperation, Endoskopie täglich zehn Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 20 Uhr	Facharzt (FA) aus dem Gebiet Innere Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Frauenheilkunde oder LG Ovarial-CA oder LG Senologie oder LG Geburten		Magnetresonanztomographie (MRT)			

Leistungsgruppennummer		Anforderungsbereiche				Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
		Standort	Kooperation		Qualifikation		Verfügbarkeit
2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin</p> <p>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin</p>	<p>Sofern Erwachsene behandelt werden: FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie</p> <p>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: FA Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung (ZW) Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p> <p>Sofern Erwachsene behandelt werden: Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, dritter FA kann aus dem Gebiet der Inneren Medizin sein</p> <p>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: Davon mindestens zwei FA ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie, dritter FA kann FA Kinder- und Jugendmedizin sein</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>	
3	Infektiologie	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin, LG Intensivmedizin LG Notfallmedizin LG Allgemeine Chirurgie</p>	<p>Mindestens vier Isolationsbetten mit Schleusenfunktion, Notfall-Labor plus Point-of-Care Laboranalytik, Zugang zu Mikrobiologischem Labor</p> <p>Jederzeit mindestens in Kooperation, CT, MRT mindestens in Kooperation, Positronen-Emissions-Tomographie-CT (PET-CT) mindestens in Kooperation</p>	<p>Vier FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p> <p>Davon mindestens drei FA Innere Medizin und Infektiologie oder mindestens ein FA Innere Medizin und Infektiologie und zwei FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie (davon mindestens ein FA Innere Medizin) sowie mindestens ein FA Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie oder ein FA Hygiene und Umweltmedizin</p>	<p>Fachärztlicher infektiologischer Konsilservice</p> <p>Fachapotheker oder Fachapothekerin mit der Bereichsweiterbildung Infektiologie oder ABS-fortgebildeter Apotheker oder Apothekerin, die entweder auf Station, in der Krankenhausapothek oder in Krankenhausversorgenden Apotheken tätig sind</p> <p>Antibiotic Stewardship (ABS) Team</p> <p>Einrichtung der ambulanten Medizin mit Schwerpunkt Infektiologie (mindestens in Kooperation, auch durch auf die Behandlung von HIV-</p>	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche					
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							<p>Patienten spezialisierte ver- tragsärztliche Leistungser- bringer, wenn eine schriftli- che Kooperationsvereinba- rung vorliegt)</p> <p>Konsiliarische Erreichbarkeit täglich von 8 Uhr bis 17 Uhr, folgender Dienste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augenheilkunde • Hals-Nasen-Ohrenheil- kunde (HNO) • Gynäkologie • Dermatologie • Neurologie <p>Erfüllung der Voraussetzun- gen der erweiterten Notfall- versorgung gemäß den §§ 13 bis 17 der Bekanntmachung eines Beschlusses des Ge- meinsamen Bundesausschus- ses (G-BA) über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch den Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist</p>

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
4	Komplexe Gastroenterologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin	Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie), Sonographie, Endosonographie, CT, jederzeit	FA Innere Medizin und Gastroenterologie Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen	
5	Komplexe Nephrologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Doppler- oder Duplex-Sonographie	FA Innere Medizin und Nephrologie Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Nephrologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen	
6	Komplexe Pneumologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome	Röntgen, CT, Bronchoskopie jederzeit, Spirometrie, Bodyplethysmographie	FA Innere Medizin und Pneumologie Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Pneumologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen	
7	Komplexe Rheumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese		Sonographiegerät, Osteodensitometrie	FA Innere Medizin und Rheumatologie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
8	Stammzelltransplantation (LG)		<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p>	<p>LG Augenheilkunde</p> <p>LG HNO</p> <p>LG Komplexe Gastroenterologie</p> <p>LG Palliativmedizin</p>	<p>CT jederzeit oder MRT jederzeit, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung einschließlich High-Flow-Nasenkante (HFNC)</p> <p>Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr</p>	<p>FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p>		
		<p>Auswahlkriterium</p>	<p>LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin</p> <p>LG Haut- und Geschlechtskrankheiten</p> <p>LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation</p> <p>LG Komplexe Nephrologie</p> <p>LG Komplexe Pneumologie</p>		<p>FA Transfusionsmedizin</p>				

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche				Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
		Standort	Kooperation		Qualifikation		Verfügbarkeit
9	Leukämie und Lymphome	<p>Mindestvoraussetzung</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex</p> <p>LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Komplexe Gastroenterologie LG Stammzelltransplantation</p> <p>Auswahlkriterium</p>	<p>LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation</p>	<p>CT jederzeit oder MRT jederzeit</p>	<p>FA aus dem Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</p> <p>FA aus dem Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Hämatologie</p>	<p>Drei FA aus dem Gebiet Innere Medizin, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</p>	
10	EPU/Abtation	<p>Mindestvoraussetzung</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex</p> <p>LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche</p> <p>Auswahlkriterium</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder</p>	<p>LG Interventionelle Kardiologie LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche</p>	<p>CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, Transösophageale Echokardiographie (TEE)</p> <p>Kardio-MRT</p>	<p>FA Innere Medizin und Kardiologie</p> <p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche							Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit		
		Standort	Kooperation		Qualifikation				
11	Interventionelle Kardiologie	<p>Mindestvoraussetzung</p> <p>LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex</p>	<p>LG Kardiologie Devices</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Herzchirurgie oder</p> <p>LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche</p>	<p>Katheterlabor, Röntgen, CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE</p> <p>Kardio-MRT</p>	<p>FA Innere Medizin und Kardiologie</p>	<p>Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>		
12	Kardiologie Devices	<p>Mindestvoraussetzung</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex</p>	<p>LG EPU/Ablation</p> <p>LG Kardiologie Devices</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Bauchortaortenaneurysma oder</p> <p>LG Carotis operativ/interventionell oder</p> <p>LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Herzchirurgie oder</p> <p>LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche</p>	<p>CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE</p>	<p>FA Innere Medizin und Kardiologie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit	
		Standort	Kooperation		Qualifikation			
			Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche					
		Auswahlkriterium	<p>LG EPU/Ablation</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche</p>	Katheterlabor und herzchirurgischer Operationssaal (OP) oder Hybrid-OP	FA Herzchirurgie			
13	Minimal-invasive Herzklappenintervention	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p> <p>LG Interventionelle Kardiologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche</p>	Katheterlabor und herzchirurgischer Operationssaal (OP) oder Hybrid-OP	FA Herzchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie					

Leistungsgruppen-Nummer		Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
				Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit	
				Standort	Kooperation		Qualifikation			
14	Allgemeine Chirurgie	Mindestvoraussetzungen	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor jederzeit, CT jederzeit mindestens in Kooperation, Möglichkeit zur Anforderung und Transfusion von Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat jederzeit mindestens in Kooperation, mindestens zwei OP-Säle	FA Allgemeinchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Davon mindestens ein FA Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie sowie mindestens ein FA für Orthopädie und Unfallchirurgie	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen		
15	Kinder- und Jugendchirurgie	Auswahlkriterium	LG Geriatrie		CT jederzeit oder MRT jederzeit mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen		
16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Kinder- und Jugendchirurgie		CT jederzeit, MRT jederzeit mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie Sofern orthopädische Leistungen erbracht werden: FA Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz zur Weiterbildung (ZW) Kinder- und Jugend-Orthopädie	Fünf FÄ, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Sofern orthopädische Leistungen erbracht werden: mindestens zwei FÄ mit ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie	Kinderradiologie in Kooperation Kinderschutzstrukturen Kinderanästhesiologische Kompetenz Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen		
17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:		FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Davon mindestens zwei FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Chirurgie sein	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
		Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin					
		Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin						
18	Bauchortenaneurysma	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße	FA Gefäßchirurgie		Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit		Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma vom 13. März 2008 (BAnz Nr. 71, S. 1706), die zuletzt durch den Beschluss vom 6. Dezember 2023 (BAnz AT 29.01.2024 B4) geändert worden ist
		Auswahlkriterium				FA Innere Medizin und Angiologie		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche				Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation		Verfügbarkeit
19	Carotis operativ/interventionell	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex</p> <p>LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p>	<p>LG Neurochirurgie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder</p> <p>LG Neuro-Frühreha (Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation (NNF), Phase B)</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Allgemeine Neurologie oder</p> <p>LG Stroke Unit oder</p> <p>LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)</p>	<p>Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich,</p> <p>CT jederzeit,</p> <p>MRT,</p> <p>Digitale Substraktionsangiographie (DSA),</p> <p>Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik</p>	<p>FA Gefäßchirurgie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p>	
		Auswahlkriterium	<p>LG Neurochirurgie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG EPU/Ablation oder</p> <p>LG Interventionelle Kardiologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Allgemeine Neurologie oder</p> <p>LG Stroke Unit oder</p> <p>LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)</p>	Hybrid-OP	FA Innere Medizin und Angiologie			

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche				Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation		Verfügbarkeit
20	Komplexe periphere arterielle GefäÙe	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin</p>	<p>LG Komplexe Nephrologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Neuro- Frühreha (NNF, Phase B)</p>	<p>Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, CT, jederzeit, MRT, DSA, Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik</p>	<p>FA Gefäßchirurgie</p> <p>FA Allgemeinchirurgie</p> <p>FA Herzchirurgie</p> <p>FA Thoraxchirurgie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Davon mindestens zwei Gefäßchirurgie</p>	
		Auswahlkriterium	<p>LG Komplexe Nephrologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)</p>			<p>FA Innere Medizin und Angiologie</p>		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche				Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation		Verfügbarkeit
21	Herzchirurgie	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p> <p>LG Interventionelle Kardiologie</p>	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p>	<p>Katheterlabor, Echokardiographie, EKG, Doppler- oder Duplex-Sonographie, DSA, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, Herz-Lungen-Maschine</p>	<p>FA Herzchirurgie</p>	<p>Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>
22	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	Mindestvoraussetzung	<p>LG Herztransplantation</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Bauchortenaneurysma oder</p> <p>LG Carotis operativ/interventionell oder</p> <p>LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p>		<p>Hybrid-OP</p> <p>Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)</p>			<p>Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Absatz 1 Nummer 2 SGB V vom 18. Februar 2010 (BAnz Nr. 89a – Beilage vom 16.06.2010), der durch Beschluss vom 21. Dezember 2023 (BAnz AT 15.02.2024 B5) geändert wurde</p>

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
23	Endoprothetik Hüfte	<p>LG Intensivmedizin</p> <p>Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausesplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausesplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich</p>	<p>FA Orthopädie und Unfallchirurgie</p> <p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p> <p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>		
	<p>Auswahlkriterium</p> <p>LG Endoprothetik Knie</p> <p>LG Geriatrie</p> <p>LG Revision Hüftendoprothese</p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausesplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>		<p>CT jederzeit, MRT</p>	<p>ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie</p> <p>ZW Spezielle Unfallchirurgie</p>				

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit	
			Standort	Kooperation		Qualifikation			
24	Endoprothetik Knie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausbauplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausbauplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen	
		Auswahlkriterium	LG Endoprothetik Hüfte LG Geriatrie LG Revision Knieendoprothese Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausbauplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie oder ZW Spezielle Unfallchirurgie			
25	Revision Hüftendoprothese	Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Hüfte LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausbauplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausbauplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
		Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin					
	Auswahlkriterium	LG Geriatrie Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		CT, jederzeit, MRT				

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
26	Revision Knieendoprothese	<p>LG Endoprothetik Knie</p> <p>LG Intensivmedizin</p> <p>Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausbearbeitung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich</p>	<p>FA Orthopädie und Unfallchirurgie</p> <p>ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p> <p>Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>		
		<p>Auswahlkriterium</p> <p>LG Geriatrie</p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>		<p>CT jederzeit,</p> <p>MRT</p>					

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche				Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation		Verfügbarkeit
27	Spezielle Traumatologie (LG)		<p>LG Allgemeine Chirurgie LG Intensivmedizin LG Notfallmedizin LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>LG Neurochirurgie LG Komplexe periphere arterielle Gefäße LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin</p>	<p>CT jederzeit, Röntgen jederzeit, Sonographie, Basislabor, Blutdepot, mindestens zwei Operationssäle, Intensivstation mit mindestens sechs Betten, MRT jederzeit, Schockraum, Angiographie-arbeitsplatz, Teleradiologische Anbindung zum Standort mit LG Neurochirurgie, falls diese in Kooperation erbracht wird, Hubschrauberlandeplatz oder Public-Interest-Site-(PIS-)Landestelle</p>	<p>FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Spezielle Unfallchirurgie</p>	<p>Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Davon mindestens drei FÄ mit ZW Spezielle Unfallchirurgie</p>	<p>Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018, (BAnz AT 18.05.2018 B4) der durch Beschluss vom 20. November 2020, (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist</p> <p>Erfüllung der Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV) in der Fassung vom 1. Januar 2013, welche auf Grundlage von § 34 Absatz 2 und 3 SGB VII von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau festgelegt worden sind. Die Anforderungen sind abrufbar auf der Internetseite der Landesverbände der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (www.dguv.de/landesverbände) unter der Rubrik „Medizinische Rehabilitation“ in</p>

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
								<p>der Untertribik „Verletzungsverfahren“:</p> <p>Erfüllung der Anforderungen an die personelle Ausstattung und der räumlichen Anforderungen für Regionales Traumazentrum (RTZ) oder Überregionales Traumazentrum (ÜTZ) nach dem „Weißbuch Schwerverletztenversorgung – Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland“; Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., 3. erweiterte Auflage 2019, Seiten 16 bis 17 und Seiten 18 bis 20.</p>
		<p>LG Geriatrie LG Wirbelsäuleneingriffe LG Endoprothetik Hüfte LG Endoprothetik Knie</p>	<p>LG Urologie LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie LG Thoraxchirurgie LG HNO LG Herzchirurgie LG Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie (MKG)</p>		<p>FA Neurochirurgie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p>		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
28	Wirbelsäuleneingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Neurochirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen	
		Auswahlkriterium	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Neurochirurgie	CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie			
29	Thoraxchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:	LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Thoraxchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Sofern LG Herzchirurgie am Standort erbracht wird: abweichend mindestens zwei FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit	
		Standort	Kooperation		Qualifikation			
		<p>LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin</p>					
	<p>Auswahlkriterium</p>	<p>LG Herzchirurgie LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome</p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>LG Neurochirurgie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreas Eingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p>	<p>FA Radiologie</p>				

		Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
30	Bariatrische Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Gastroenterologie	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie		Mindestens ein OP-Tisch mit einer Tragfähigkeit von mindestens 225 Kilogramm			
31	Lebereingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Komplexe Gastroenterologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Telerradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Lebertransplantation LG Palliativmedizin LG Pankreaseingriffe LG Komplexe Gastroenterologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome		Interventionelle Endoskopie einschließlich endoskopischer retrograder Cholangiopankreatikographie (ERC/P) jederzeit, interventionelle Radiologie jederzeit, diagnostische Angiographie jederzeit			
32	Ösophaguseingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Telerradiologischer Befund möglich, interventionelle Endoskopie jederzeit	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Davon drei FA Viszeralchirurgie und davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie,	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
	Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome	LG Thoraxchirurgie	Diagnostische Angiographie			Davon zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	
33	Pankreas-eingriffe	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation-oder LG Leukämie und Lymphome	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Telerradiologischer Befund möglich, Interventionelle Endoskopie einschließlich ERC/P	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA mit ZW und zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie		
	Auswahlkriterium	LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie LG Leberergriffe LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome		Interventionelle Radiologie, Diagnostische Angiographie				

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche				Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen		
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation		Verfügbarkeit	
34	Tiefe Rektumeingriffe (LG)	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex</p>	<p>LG Komplexe Gastroenterologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome</p>	<p>Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich</p>	<p>FA Viszeralchirurgie</p> <p>ZW Spezielle Viszeralchirurgie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p> <p>Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie</p>		
		Auswahlkriterium	<p>LG Komplexe Gastroenterologie</p> <p>LG Palliativmedizin</p> <p>LG Urologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Stammzelltransplantation oder</p> <p>LG Leukämie und Lymphome</p>		<p>Interventionelle Endoskopie jederzeit</p>	<p>ZW Proktologie</p>			
35	Augenheilkunde	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG MKG</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Allgemeine Neurologie oder</p> <p>LG Stroke Unit oder</p> <p>LG Neuro-Frühreha (NMF, Phase B)</p>	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>Sonographiegerät, Gonioskopie, Ophthalmoskopie, Fluoreszenzangiographie</p> <p>Optische Kohärenztomographie (OCT)</p>	<p>FA Augenheilkunde</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p>		
		Auswahlkriterium							

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
36	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Mindestvoraussetzung	<p>LG Intensivmedizin</p> <p>Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhaushausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>LG Allgemeine Frauenheilkunde</p> <p>LG Urologie</p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhaushausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>Lasertherapie, Photo(chemo)therapie</p> <p>Balneophototherapie</p>	<p>FA Haut- und Geschlechtskrankheiten</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p>		
		Auswahlkriterium	<p>LG Allgemeine Frauenheilkunde</p> <p>LG Neurochirurgie</p> <p>LG Urologie</p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhaushausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>LG HNO</p> <p>LG MKG</p> <p>LG Thoraxchirurgie</p>		<p>FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</p> <p>ZW Allergologie</p>			

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
37	MKG	Mindestvoraussetzung	<p>LG Intensivmedizin</p> <p>Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausausschreibung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausausschreibung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>Panendoskop, B-Bild-Sonograph, CT, Orthopantomogramm (OPG)-Röntgengerät</p>	<p>FA Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p>		
		Auswahlkriterium	<p>LG Neurochirurgie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Endoprothetik Hüfte oder</p> <p>LG Endoprothetik Knie oder</p> <p>LG Revision Hüftendoprothetik oder</p> <p>LG Revision Knieendoprothese</p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausausschreibung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>LG Augenheilkunde</p> <p>LG HNO</p>					

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche				Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation		Verfügbarkeit
38	Urologie	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin</p>	<p>LG Komplexe Nephrologie</p>	<p>Endoskop</p> <p>Laparoskop,</p> <p>Sonographiergerät (einschließlich Doppler- oder Duplex-Sonographie)</p>	<p>FA Urologie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p>	
		Auswahlkriterium	<p>LG Komplexe Nephrologie</p>	<p>LG Allgemeine Frauenheilkunde</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome</p>	<p>CT,</p> <p>MRT,</p> <p>PET oder PET-CT,</p> <p>Roboter-assistierte Chirurgie</p>	<p>FA Urologie mit ZW Andrologie</p>		
39	Allgemeine Frauenheilkunde	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin</p>			<p>FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>
		Auswahlkriterium	<p>LG Urologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatriische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p>			<p>FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin</p>		
40	Ovarial-CA	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Frauenheilkunde</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>LG Urologie</p>		<p>FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe SP Gynäkologische Onkologie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p> <p>Davon mindestens ein FA mit SP Gynäkologische Onkologie</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
		LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex						
	Auswahlkriterium	LG Palliativmedizin LG Senologie LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin			
41	Senologie	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft, jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen	
	Auswahlkriterium	LG Ovarial-CA LG Palliativmedizin LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie			FA Frauenheilkunde und Gynäkologische Onkologie FA für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie			

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
42	Geburten	Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin			Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
43	Perinataler Schwerpunkt		LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie				FA anwesend: jederzeit	Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe III gemäß Nummer III der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 16. Mai 2024 (BAnz. AT 25.07.2024 B2) geändert wurde

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit	
		Standort	Kooperation		Qualifikation			
44	Perinatalzentrum Level 1						<p>Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe I gemäß Nummer I der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 16. Mai 2024 (BAnz. AT 25.07.2024 B2) geändert wurde</p> <p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>	
45	Perinatalzentrum Level 2					FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie	<p>Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe II gemäß Nummer II der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen gemäß § 136 Absatz 1</p>	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit	
		Standort	Kooperation		Qualifikation			
		„Level F“ zugeordnet wurden: LG Perinatalzentrum Level 2 LG Intensivmedizin			Nephrologie ZW Kinder- und Jugend-Pneumologie ZW Kinder- und Jugend-Rheumatologie SP Kinder- und Jugend-Kardiologie SP Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie	Pneumologie ZW Kinder- und Jugend-Rheumatologie SP Kinder- und Jugend-Kardiologie SP Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie		
		LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Perinataler Schwerpunkt oder LG Perinatalzentrum Level 1 oder LG Perinatalzentrum Level 2						
48	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Kinder- Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Palliativmedizin	CT jederzeit oder MRT jederzeit, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung (einschließlich HFNC) Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr	FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern- und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB	

Leistungsgruppennummer		Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
		Leistungsgruppe (LG)	Auswahlkriterium	Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
				Standort	Kooperation		Qualifikation		Verfügbarkeit
49	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome</p> <p>LG Komplexe Pneumologie</p> <p>LG Neurochirurgie</p> <p>LG Palliativmedizin</p> <p>LG Stammzelltransplantation</p>	<p>LG Kinder- und Jugendchirurgie</p> <p>LG Leukämie und Lymphome</p>	<p>CT jederzeit</p> <p>oder MRT jederzeit</p>	<p>FA Kinder- und Jugendmedizin</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p> <p>Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern- und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 16. Mai 2006 (BAnz,</p>	
			<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome</p> <p>LG Komplexe Pneumologie</p> <p>LG Neurochirurgie</p> <p>LG Palliativmedizin</p> <p>LG Stammzelltransplantation</p>	<p>LG Kinder- und Jugendchirurgie</p> <p>LG Leukämie und Lymphome</p>	<p>Telemmedizinische Behandlung</p>	<p>FA Transfusionsmedizin</p> <p>FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie</p> <p>FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</p>		<p>V zugelassene Krankenhäuser vom 16. Mai 2006 (BAnz S. 4997 vom 16.05.2006), der zuletzt durch Beschluss vom 1. November 2023 (BAnz AT 22.12.2023 B1) geändert wurde</p>	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche							Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit		
		Standort	Kooperation		Qualifikation				
									S. 4997 vom 16.05.2006), der zuletzt durch Beschluss vom 1. November 2023 (BAnz AT 22.12.2023 B1) geändert wurde
		Auswahlkriterium	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation</p> <p>LG Komplexe Pneumologie</p> <p>LG Leukämie und Lymphome</p> <p>LG Neurochirurgie</p> <p>LG Palliativmedizin</p>	<p>LG Kinder- und Jugendchirurgie</p> <p>LG Stammzelltransplantation</p>	<p>Telemedizinische Behandlung</p>	<p>FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie</p> <p>FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</p>			
50	HNO	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin</p>		<p>Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)</p>	<p>FA Hals-, Nasen-Ohrenheilkunde</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p>		
		Auswahlkriterium		<p>LG MKG</p>	<p>MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien</p>	<p>ZW Allergologie</p>			
51	Cochleaimplantate	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG HNO</p> <p>LG Intensivmedizin</p>		<p>Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)</p>	<p>FA für Hals-, Nasen-Ohrenheilkunde</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p>		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Auswahlkriterien	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
52	Neurochirurgie	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex</p>	<p>LG MKG</p> <p>LG Allgemeine Neurologie</p> <p>LG Stroke Unit</p>	<p>MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien</p> <p>Elektroenzephalogramm (EEG), evozierte Potentiale, Elektromyographie (EMG), Elektroneurographie (ENG), Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, CT jederzeit, MRT</p> <p>MRT jederzeit</p>	<p>FA Phoniatrie und Pädiatrie</p> <p>FA Neurochirurgie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p>		
		Auswahlkriterium	<p>LG Allgemeine Neurologie</p> <p>LG Stroke Unit</p> <p>LG Wirbelsäulenchirurgie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese</p>	<p>LG HNO</p> <p>LG MKG</p> <p>LG Palliativmedizin</p>		<p>FA Radiologie mit SP</p> <p>Neuroradiologie</p> <p>ZW Spezielle Schmerztherapie</p>			

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche				Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation		Verfügbarkeit
53	Allgemeine Neurologie	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	CT oder MRT (Telerradiologie möglich), EEG, EMG, evozierte Potentiale, ENG, Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, Schluckdiagnostik	FA Neurologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Neurochirurgie Mindestens einer der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie LG Augenheilkunde LG HNO	Polysomnographie	FA Neurologie mit ZW Geriatrie oder ZW Intensivmedizin oder ZW Palliativmedizin oder ZW Schlafmedizin		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche				Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation		Verfügbarkeit
54	Stroke Unit	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Allgemeine Neurologie</p> <p>LG Intensivmedizin</p>	<p>LG Neurochirurgie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäß</p>	<p>CT jederzeit oder MRT jederzeit (Befundung auch durch Teleradiologie möglich),</p> <p>CT-Angiographie jederzeit oder MR-Angiographie jederzeit (Befundung auch durch Teleradiologie möglich),</p> <p>Intra- und extrakranielle Sonographie einschließlich Farbduplex jederzeit,</p> <p>Transthorakale Echokardiographie (TTE),</p> <p>TEE,</p> <p>Systemische Fibrinolyse jederzeit</p>	<p>FA Neurologie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>
		Auswahlkriterium	<p>LG Neurochirurgie</p> <p>LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)</p> <p>Mindestens einer der folgenden LG:</p> <p>LG Bauchortenaneurysma oder</p> <p>LG Carotis operativ/interventionell oder</p> <p>LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG EPU/Ablation oder</p> <p>LG Interventionelle Kardiologie</p>		<p>Neuroradiologische Behandlungsmöglichkeit (einschließlich Thrombektomie) jederzeit mindestens in Kooperation, DSA</p>	<p>FA Radiologie mit SP</p> <p>Neuroradiologie</p> <p>FA Innere Medizin und</p> <p>Kardiologie</p>		

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
55	Neuro- Frühreha (NNF, Phase B)	Mindest- vorausset- zung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurolo- gie	CT oder MRT (Telerradiologie möglich), EKG, EEG, EMG, Elektrisch evozierte Potenziale (EVP), Motorisch evozierte Potenziale (MEP), Mobiles Ultraschallgerät ein- schließlich Farbduplex	FA Neurochirurgie FA Neurologie FA Neuropädiatrie FA Physikalische und Re- habilitative Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereit- schaft; jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonal- untergrenzen
56	Geriatric	Mindest- vorausset- zung	Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhaushausplanung zu- ständigen Landesbe- hörde gemäß § 135d Ab- satz 4 Satz 3 der Versor- gungsstufe „Level F“ zu- geordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurolo- gie	CT oder für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhaushaus- planung zuständigen Landesbe- hörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Le- vel F“ zugeordnet wurden, min- destens in Kooperation	FA Allgemeinmedizin, In- nere Medizin, Neurologie, Physikalische und Rehabi- litative Medizin oder Psy- chiatric und Psychothera- pie mit ZW Geriatric	Drei FA, mindestens Rufbereit- schaft; jederzeit Davon mindestens zwei FA Neurologie oder FA Physikal- ische und Rehabilitative Medizin mit ZW Geriatric	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonal- untergrenzen

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit	
		Standort	Kooperation		Qualifikation			
			Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin					
Auswahlkriterium		<p>LG Allgemeine Chirurgie LG Palliativmedizin</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese</p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin</p>						

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
57	Palliativmedizin	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	ZW Palliativmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Davon mindestens zwei FA mit ZW Palliativmedizin			
		Auswahlkriterium	LG Intensivmedizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	LG Geriatrie		FA Kinder- und Jugendmedizin			

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
58	Darmtransplantation	<p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreas Eingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p> <p>LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p>		<p>Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT</p>	<p>FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantationskonferenz</p>	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
59	Herztransplantation	<p>Mindestvoraussetzung</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie- Kinder und Jugendliche</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie</p> <p>Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie</p>	<p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie</p>	<p>Herzkatheterlabor (Rechts- und Linkskatheter), Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT</p>	<p>FA Herzchirurgie FA Innere Medizin und Kardiologie ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Sechs FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Davon mindestens drei FA Herzchirurgie und drei FA Innere Medizin und Kardiologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantationskonferenz</p>	
	Auswahlkriterium	<p>LG Thoraxchirurgie</p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p>		ECMO	<p>FA Thoraxchirurgie FA Innere Medizin und Pneumologie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin</p>			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche							Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit		
		Standort	Kooperation		Qualifikation				
60	Lebertransplantation	<p>Mindestvoraussetzung</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p> <p>LG Komplexe Gastroenterologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Bariatrische Chirurgie oder</p> <p>LG Lebereingriffe oder</p> <p>LG Ösophaguseingriffe oder</p> <p>LG Pankreaseingriffe oder</p> <p>LG Tiefe Rektumeingriffe</p>		<p>Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT</p>	<p>FA Viszeralchirurgie</p> <p>FA Innere Medizin und Gastroenterologie</p> <p>ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Sechs FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p> <p>Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie und drei FA Innere Medizin und Gastroenterologie</p> <p>Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin</p>		<p>Transplantationsbeauftragter</p> <p>Interdisziplinäre Transplantationskonferenz</p>	
		<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Bauchaortenaneurysma oder</p> <p>LG Carotis operativ/interventionell oder</p> <p>LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p>			<p>FA Allgemeinchirurgie</p> <p>FA Gefäßchirurgie</p> <p>FA Kinder- und Jugendmedizin</p> <p>Jeweils mit ZW Transplantationsmedizin</p>				

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit	
			Standort	Kooperation		Qualifikation			
61	Lungen- transplan- tation	Mindest- vorausset- zung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Pneumologie LG Herzchirurgie oder LG Thoraxchirurgie		Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Fünf FA Herzchirurgie und ein FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft jederzeit und drei FA Thoraxchirurgie und ein FA Herzchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantat- konferenz	
		Auswahl- kriterium			ECMO	FA Kinder- und Jugendme- dizin mit ZW Transplantations- medizin			
62	Nieren- transplan- tation	Mindest- vorausset- zung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens zwei der folgenden LG: LG Komplexe Nephrologie oder LG Urologie oder min- destens eine der folgen- den LG: LG Bariatriische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe	LG Komplexe Nephrologie LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatriische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe	Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Urologie FA Innere Medizin und Nephrologie ZW Transplantationsmedi- zin	Neu FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie, drei FA Urologie und drei FA Innere Medizin und Nephrologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantat- konferenz	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
		<p>LG Tiefe Rektumeingriffe</p> <p>LG Urologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Bariatriische Chirurgie oder</p> <p>LG Lebereingriffe oder</p> <p>LG Ösophaguseingriffe oder</p> <p>LG Pankreaseingriffe oder</p> <p>LG Tiefe Rektumeingriffe</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Bauchortenaneurysma oder</p> <p>LG Carotis operativ/interventionell oder</p> <p>LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p>			<p>FA Allgemeinchirurgie</p> <p>FA Gefäßchirurgie</p> <p>FA Kinder- und Jugendmedizin</p> <p>jeweils mit ZW Transplantationsmedizin</p>			
63	Pankreastransplantation	<p>Auswahlkriterium</p> <p>Mindestvoraussetzung</p>		<p>Röntgen,</p> <p>CT jederzeit,</p> <p>Teleradiologischer Befund möglich,</p> <p>MRT</p>	<p>FA Viszeralchirurgie</p> <p>ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit</p> <p>Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Transplantationsbeauftragter</p> <p>Interdisziplinäre Transplantationskonferenz</p>	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
		LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe						
	Auswahlkriterium	Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchortaaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin			
64	Intensivmedizin			Notfall-Labor am Standort oder Notfall-Labor in Kooperation plus PoC-Laboranalytik	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin FA Anästhesiologie	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Intensivmedizin oder ein FA Anästhesiologie	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen	
	Qualitätsanforderung Komplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs-/Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierensatzverfahren jederzeit b. Flexible Bronchoskopie täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr c. Ultraschall-Verfahren täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr: Abdomen, TTE, TEE am Standort täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr, Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA, mindestens Rufbereitschaft; jederzeit Davon mindestens zwei FA mit ZW Intensivmedizin Ständige Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche						Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Verfügbarkeit	
		Standort	Kooperation		Qualifikation			
	Qualitätsanforderung Hochkomplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierenersatzverfahren jederzeit b. Flexible Bronchoskopie jederzeit c. Ultraschall-Verfahren jederzeit: Abdomen, TTE, TEE am Standort, täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr, Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik	ZW Intensivmedizin	Drei FA mit ZW Intensivmedizin, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Jederzeit Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhaus hinzugezogen werden)	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen	
65	Notfallmedizin	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Chirurgie		Ultraschall, Videolaryngoskopie, Möglichkeit zur nichtinvasiven und invasiven Beatmung oder Transportbeatmung, Sauerstofftherapie, Blutgasanalyse, Röntgen, CT jederzeit, Telemedizinische Behandlung, Monitoring von Elektrokardiogramm (EKG)	FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung jeweils mit ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin	Fünf FA, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung in der Notaufnahme zugeordnet sind, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit davon mindestens drei FA mit der ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin Davon bis zum 31.12.2028 maximal zwei FA in der Zusatzweiterbildungsphase zur ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin	Erfüllung der Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung gemäß den §§ 8 bis 12 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch den Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist	